

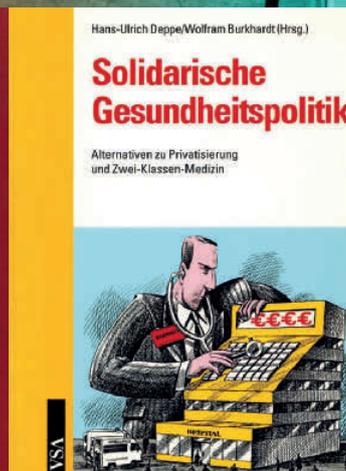
GESUNDHEIT braucht POLITIK

verein
demokratischer
ärzt*innen



Zeitschrift für eine soziale Medizin

Nr. 4/2023



KRITISCHE MEDIZIN VOM MARBURGER KONGRESS 1973 BIS HEUTE

INHALT

5

Bericht von der Jahreshauptversammlung »Kritische Medizin von damals bis heute«

Nadja Rakowitz

7

50 Jahre Marburger Kongress »Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt«

Hans-Ulrich Deppe

12

Auf Spurensuche: Frauen in der Kritischen Medizin

Karen Spannenkrebs

16

Kritische Medizin ist ...

18

Abgedriftet. »Ganzheitliche Medizin« und die Folgen für die kritische Medizin

Nadja Rakowitz

23

Steckengeblieben. Marsch durch die Institutionen

Bernhard Winter

25

Workshopbericht: Von der Psychiatrie-Enquete bis heute

Carina Borzim

27

Workshopbericht: Reproduktive Selbstbestimmung

Christiane Bachelier

28

Workshopbericht: Über den ärztlichen Tellerrand. Community Health Nurses und multiprofessionelle Zusammenarbeit

Michael Janßen

Weg von der Postbank:

Bitte Daueraufträge ändern

Liebes vdää* Mitglied,

auf vielfach geäußerten Wunsch haben wir schon vor einer Weile ein zweites Konto bei der TRIODOS Bank, eingerichtet. Wir haben fast alle Bankgeschäfte dorthin verlegt. Mit dem Postbankkonto haben wir – wie viele andere – größte technische Probleme. Deshalb haben wir eine dringende Bitte an alle, die einen Dauerauftrag auf das Postbankkonto eingerichtet haben:

Bitten storniert den Dauerauftrag auf das Postbankkonto und richtet einen neuen Dauerauftrag auf das Triodos-Konto ein oder gebt uns eine Einzugsermächtigung.

Wenn es möglich ist, dann zahlt den Beitrag bitte halbjährlich oder jährlich, das erspart der Geschäftsstelle Arbeit.

Hier ist die Kontoverbindung bei der **Triodos Bank**

IBAN: DE05 5003 1000 1076 0500 03

BIC: TRODDF1XXX

29

Workshopbericht: Kritische Organisationen. Geschichte von medico international

Nadja Rakowitz

30

Rezension von Norbert Schmacke: »Vertrauen in die Medizin. Warum sie es verdient und wodurch es gefährdet wird«

Uwe Heyll

32

Wie lange noch? Zur Auseinandersetzung um die Abschaffung von §218 StGB

vdää*-Stellungnahme

34

Schmerzgriffe – mehr als nur eine Technik. Zur medizinischen Einordnung von Nervendrucktechniken

Thomas Kunkel

36

Studium auf Kosten der Ausbildung. Zu Entwicklungen in der Pflegeausbildung

Gerd Dielmann

42

Nicht nur bessere Arbeitsbedingungen. Baskische Gewerkschaften kämpfen mit feministischem Generalstreik für die Vergesellschaftung des Care-Sektors

Raul Zelik

Der vdää*

ist bundesweit und in Regionalgruppen organisiert; er setzt sich für eine soziale Medizin, für die Demokratisierung der Gesundheitsversorgung und der Strukturen der ärztlichen Standesvertretung ein. Er nimmt Einfluss auf die Gesundheitspolitik und unterstützt den Widerstand gegen die Ökonomisierung der Medizin.

Sollten Sie von uns informiert werden wollen, so setzen Sie sich bitte mit unserer Geschäftsstelle in Verbindung. Gerne können Sie sich auch online über den vdää*-Newsletter auf dem Laufenden halten. Die Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik« ist die Vereinszeitung, die viermal jährlich erscheint. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Vereinsmeinung wieder.

Redaktion

Felix Ahls, Elena Beier, Thomas Kunkel, Julius Poppel, Nadja Rakowitz, Karen Spannenkrebs, Rafaela Voss, Bernhard Winter

Impressum

Gesundheit braucht Politik 4/2023

ISSN 2194-0258

Preis: 5 Euro

Hrsg. vom Verein demokratischer Ärzt*innen

V.i.S.d.P. Felix Ahls / Thomas Kunkel /

Bernhard Winter

Bildnachweise

Die Illustrationen in dieser Ausgabe stellen Aussagen aus einer Befragung dar.

Die Titelbilder sind aus dem Archiv des vdää* und von der Poliklinik Veddel.

Geschäftsstelle

Kantstraße 10, 63477 Maintal

Telefon 0 61 81 – 43 23 48

Mobil 01 72 – 1 85 80 23

Email info@vdaee.de

Internet www.vdaee.de/

gbp.vdaee.de/

Bankverbindung: Triodos Bank

IBAN: DE05 5003 1000 1076 0500 03

BIC: TRODDEF1XXX

Layout/Satz Birgit Letsch

Druck Hoehl-Druck

EDITORIAL

Liebe Leser*innen,

das letzte Heft des Jahres 2023 widmet sich mit Berichten über das sehr erfolgreiche und gut besuchte Gesundheitspolitische Forum, das am ersten Novemberwochenende in Marburg stattfand, noch einmal ausführlich der theoretischen und praktischen Entwicklung kritischer Medizin in den letzten 50 Jahren. Auf der Tagung wurde erneut die Vielfältigkeit dieses Prozesses, wie er auch im einleitenden Beitrag nachgezeichnet wird, deutlich. Die aktuelle Vielfalt der Bewegungen in der behandelten Themenauswahl und den Praxisansätzen wird in diesem Heft abgebildet. Die kritische Medizin wird selbstverständlich darüber hinaus auch zukünftig ein zentrales Thema für *Gesundheit braucht Politik* bleiben. Die gestalterisch eingefügten Zitate stammen aus der schriftlichen Evaluation, weiterhin haben wir Kurzinterviews mit Teilnehmer*innen durchgeführt.

Die im Anschluss an das Gesundheitspolitische Forum stattfindende Jahreshauptversammlung des vdää* hat sich auch mit der weiteren Entwicklung unserer Zeitschrift beschäftigt. Sie soll breiter aufgestellt werden und zukünftig stärker als bisher über den vdää* hinauswirken. Ab Januar 2024 wird daher die Zeitschrift zusammen mit dem Verein Solidarisches Gesundheitswesen e. V. herausgegeben. Wir erhoffen uns davon auf Dauer eine weitere Verbreitung der GbP.

Auf einem Online-Treffen Anfang Dezember setzte sich die Redaktion der GbP ebenfalls ausführlich mit der Weiterentwicklung der Zeitschrift auseinander. Hier wurden die Abläufe der Heftentstehung kritisch überprüft und Verbesserungen angegangen. Dies beinhaltet insbesondere einen längeren Vorlauf für die Planung der thematischen Schwerpunkte. Auch wurden weitere Werbemaßnahmen besprochen. Wir werden diesbezüglich auch andere Redaktionen linker Zeitschriften nach ihren Erfahrungen befragen. Das Layout soll sukzessive weiter umgestaltet werden und die Zeitschrift damit optisch kontinuierlich attraktiver werden. Einige Änderungen sind ja bereits in den letzten Ausgaben umgesetzt worden. Das Wichtigste allerdings ist die personelle Stärkung der Redaktion (siehe einliegenden Flyer). Bei der Redaktionsarbeit sind ganz unterschiedliche Interessen und Fähigkeiten gefragt, die in einem größeren Team besser abgerufen werden können. Auch wollen wir hier unterschiedliche Erfahrungshintergründe unserer Mitglieder zusammenführen und inhaltlich zur Geltung bringen. Ganz wesentlich ist uns aber auch euer Feedback. Treffen wir thematisch, inhaltlich und gestalterisch Eure Wünsche? Schreibt uns gerne an.

Das zu Ende gehende Jahr 2023 war international geprägt durch eine Ausbreitung und Verstärkung militärischer Konflikte. Dies geht einher mit einer Militarisierung der Gesellschaft, die auch zunehmend das Gesundheitswesen erfasst. Die Finanzierung der Hochrüstung wird dauerhaft nur durch Einschnitte im Bildungs- und Gesundheitswesen sowie dem Sozialbereich finanziert werden können.

Die dringend benötigten Mittel, um der Klimakrise zu begegnen, werden jetzt eher dazu genutzt werden, diese zu verschärfen – nicht zuletzt wegen der sich verschärfenden Kriege und der damit einhergehenden Hochrüstung. Das Thema Krieg und Gesundheitswesen wird Schwerpunktthema einer Ausgabe sein.

Auf dem gesundheitspolitischen Forum wurde auch deutlich, dass immer mehr neue Berufe im Bereich der Diagnostik, Therapie und Pflege oder auch auf dem bisher vollständig vernachlässigten Gebiet Public Health entstehen. Wir wollen in einer der nächsten Ausgaben von GbP die Ausbildungswege und Berufsfelder neuer Medizinberufe darstellen und mögliche Kooperationsformen und ggf. Abgrenzungen gegeneinander aufzeigen. Auch wird zu beleuchten sein, welche neuen Arbeitsfelder im Sinne der umfassenden Versorgung der Bevölkerung sinnvoll sind und welche lediglich dazu dienen, Kosten, möglicherweise zu Lasten der Versorgungsqualität, zu minimieren.

Das Thema neue (akademische) Heilberufe wird auch in einer weiteren Ausgabe eine Rolle spielen, die sich mit der ambulanten Versorgung beschäftigen wird. Offensichtlich steht das ambulante Gesundheitswesen vor grundlegenden Veränderungen. Fachkräftemangel, knappe Ressourcen und ungeeignete Versorgungsstrukturen zwingen dazu, neue Wege zu gehen, um bei einer älter werdenden Bevölkerung sowie einem Anstieg der Gruppen mit multimodalen Bedarfen eine qualifizierte gesundheitliche Versorgung aufrecht zu erhalten. Es gibt zahlreiche neue Modelle der Primärversorgung. Wie sind diese zu bewerten? Andererseits drängen Kapitalanleger in den ambulanten Gesundheitsmarkt. Auch soll ein Teil der bisher im Krankenhaus erbrachten Leistungen »ambulantisiert« werden. Welche Rolle sollen Krankenhäuser überhaupt bei der ambulanten Versorgung spielen? Dies sind einige Themen, die wir in diesem Heft angehen wollen.

Das uns alle beunruhigende Thema der politischen Rechtsentwicklung in Deutschland werden wir insbesondere im Hinblick auf seine Folgen für das Gesundheitswesen bearbeiten. Weiterhin gibt es Überlegungen ein Sonderheft zu gestalten, das die Strukturen des Gesundheitswesens erklärt.

Bei der Evaluation des Gesundheitspolitischen Forums wurden noch zahlreiche andere Themen genannt, die wir in der Zeitschrift behandeln sollten (Pharmaindustrie, Rassismus im Gesundheitswesen, KI im Gesundheitswesen, Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen, Psychiatriekritik, Sprachmittlung in der Medizin, Gendermedizin u. v. m.). Wir werden darauf in der ein oder anderen Form zurückkommen und verweisen an dieser Stelle auch gerne auf die vielen online frei zugänglichen Artikel vergangener Hefte.

Wir wünschen Ihnen/Euch viel Spaß beim Lesen und uns allen ein friedlicheres neues Jahr

Bernhard Winter

Kritische Medizin von damals bis heute

Der Marburger Kongress 1973 als Impulsgeber für den Kampf um ein solidarisches Gesundheitswesen

Die Jahreshauptversammlung mit Gesundheitspolitischem Forum waren dieses Jahr für den vdää* und seinen Kooperationspartner Solidarisches Gesundheitswesen mit gleich zwei Unsicherheiten behaftet: Mit »Kritische Medizin von damals bis heute – Der Marburger Kongress 1973 als Impulsgeber für den Kampf um ein solidarisches Gesundheitswesen« hatten wir uns zum einen auf ein Thema eingelassen, bei dem wir viel über die Geschichte der letzten 50 Jahre sprechen würden. Und wir waren uns nicht sicher, ob das für Andere – besonders unsere jungen Mitglieder und Teilnehmer*innen – genauso interessant zu werden versprach wie für den Vorstand und uns Organisator*innen. Zum anderen hatten wir uns mit dem Thema auch auf den Ort Marburg festgelegt und wir wussten nicht, ob das evtl. ein Grund sein könnte für manche, nicht zu kommen. Schon im Spätsommer war uns klar, dass die Befürchtungen unbegründet waren. Wir hatten so viele Anmeldungen wie noch nie. Letztlich hatten sich 199 Menschen angemeldet und 174 sind gekommen. Das waren fast 20 mehr als letztes Jahr und wurde nur im Corona-Jahr 2020 übertroffen, wo die gesamte JHV online stattfand. Das zählt nicht.

Mit dem Technologie- und Tagungszentrum (TTZ) hatten wir super professionelle Bedingungen und dank der Unterstützung durch die Stadt Marburg, die Oberbürgermeister Spies organisiert hatte, konnten wir uns das auch leisten. An dieser Stelle noch mal ein Dank an unseren Kollegen und vdää*-Mitglied Thomas Spies und die Stadt. Ein großer Dank auch an Bernhard Winter und Karen Spannenkrebs, die schon für die beiden Ausgaben der Zeitschrift 2 und 3 das Material zur Geschichte der kritischen Medizin von den Anfängen bis heute in einer Zeitleiste zusammengetragen hatten. Diese wurde im großen Saal des TTZ aufgehängt und noch mit Bildern oder Textausschnitten und Plakaten illustriert. Sowohl diese Ausstellung als auch der Büchertisch mit Büchern aus den 70ern haben im Laufe des Wochenendes viele Teilnehmer*innen dazu animiert, zu lesen, zu blättern und zu schmökern (wie man vielleicht in den 70ern gesagt hätte ...). Ergänzt wurde das am Freitagabend noch um den Filmbeitrag des TV Magazins Panorama vom 26.04.1971 »Der Fall Mausbach«, in dem Dagobert Lind-

lau die Geschichte von Hans Mausbach in einem Interview mit diesem und vielen Originalfilmausschnitten vorstellte.

Auch wenn uns unsere Teilnahmezahlen dieses Jahr hoch vorkommen, sind sie jedoch meilenweit weg von denen des Marburger Kongresses vor 50 Jahren, der an der Universität stattfand: Hans-Ulrich Deppe sprach in seinem Einführungsvortrag zum Marburger Kongress 1973 am Freitagabend von 1.800 Teilnehmer*innen. Uli berichtete von der Vorgeschichte und dem gesellschaftlichen Klima im Vorfeld des Kongresses. Wir haben seinen Vortrag hier abgedruckt (S. 7 ff.)

Im Anschluss daran haben Luca Baetz, Phil Dickel und Bernhard Winter, alle zu jung, um in Marburg dabei gewesen zu sein, mit Uli, Udo Schagen und Winfried Beck über den Kongress diskutiert. Die dazu vorbereiteten Fragen bewegten sich zwischen persönlichen und historisch-politischen Einschätzungen z.B. über die Bedeutung der Begriffe Demokratie und gesellschaftlicher Fortschritt und über die Frage, wie es nach dem Kongress weiterging und wie die Rezeption war. Die Frage, warum die man in dem Kongressband die Debatte um den §218 nicht findet und wie es um feministische Themen »im Allgemeinen« auf dem Kongress stand, wussten die drei auf dem Podium nicht so recht zu beantworten. An dieser Stelle öffnete sich die Diskussion ins Publikum und ein paar Frauen konnten etwas dazu sagen. Warum sie selbst nicht auf unserem Podium und auch nicht auf dem vor 50 Jahren saßen, beschreibt Karen Spannenkrebs auf ihrer Spurensuche nach den Frauen in der Kritischen Medizin (siehe Text S. 12 ff.).

Am Samstag früh sollte der historische Faden weitergesponnen werden und Panel I fragte nach der »Geschichte der Kritischen Medizin seit 1973«. Dafür hatten wir drei Referent*innen gewinnen können. Udo Schagen sprach mit dem Titel: »Verlorengegangen: Gewerkschaftliche Orientierung« über die Geschichte des Bunds gewerkschaftlicher Ärzte in der ÖTV.¹ Danach sprachen Nadja

¹ Siehe: Udo Schagen: Bund gewerkschaftlicher Ärzte (BgÄ). Zu den Anfängen der Organisation von Ärzt*innen, in: Gesundheit braucht Politik, Nr. 1/2021 zum Schwerpunkt: Gewerkschaftliche Organisation im Gesundheitswesen, in: <https://gbp.vdae-ae.de/>

Rakowitz zum Thema: »Abgedriftet: ›Ganzheitliche Medizin‹ und die Folgen für die kritische Medizin« (siehe S. 18 ff.) und Bernhard Winter über: »Steckengeblieben: Marsch durch die Institutionen – haben die Kammern noch eine Bedeutung für unsere Politik?« (siehe S. 23 ff.). Beide Texte haben wir hier im Heft dokumentiert.

Nach dieser geballten Ladung Historie und Theorie haben wir das nächste Panel zum »Panorama Kritische Medizin heute« als PechaKucha konzipiert und Menschen aus Politischen Initiativen (vdää*, Kritische Mediziner*innen, Ärzt*inneninitiative bei Vivantes/Berlin), aus der kritischen Wissenschaft (kritische Medizin, kritische Medizinsoziologie) und aus der kritischen Praxis (Medibüros, Poliklinik, medico international) gebeten, uns jeweils in nur sechs Minuten in einem getakteten PPT-Vortrag vorzustellen, was sie aus ihrem Kontext heraus unter Kritischer Medizin verstehen. Das war äußerst kurzweilig und politisch aufbauend, weil so deutlich wurde, dass es doch relativ viel kritisches Potential im Gesundheitswesen gibt und dass das gut tut angesichts der größeren politischen Weltlage...

Am Nachmittag haben wir auf das bewährte Workshopkonzept gesetzt und folgende Workshops angeboten:

- Krankenhaus-Reformen und Kämpfe der Krankenhausbeschäftigten (auch Tarifvertrag Entlastung am Uniklinikum Gießen/Marburg) – mit Sebastian Durben, Winfried Beck u.a.
- Ambulante Versorgung: Gruppenpraxen damals und heute: Was waren die Probleme damals und konnten / können sie in den aktuellen Projekten vermieden werden? Sind die Bedingungen heute besser als damals? – mit Christiane von Rauch, Phil Dickel, Eva Weirich und Jürgen Seeger
- Die Psychiatrieenquete von 1975 – Impulsgeber für die Medizin? – mit Karl H. Beine, Tobias Hofmann, Felix Bargfeld
- Reproduktive Selbstbestimmung – historische und heutige Kämpfe, Fragen, Konflikte, neue Probleme, Siege und Niederlagen – mit Kristina Hänel und Alicia Beier
- Gründung kritischer Organisationen wie medico international u.a. – mit Thomas Gebauer
- Über den ärztlichen Tellerrand – Community Health Nurses und multiprofessionelle Zusammenarbeit – mit Bernadette Klapper, Elena Zarges und Michael Janßen
- Austausch-Treffen über progressive Zukunftsperspektiven des ÖGD

Berichte aus einigen dieser Workshops findet Ihr hier ebenfalls im Heft. Das kurze Update zur aktuellen Gesundheitspolitik haben Peter Hoffmann und Michael Janßen als Talkformat im Stil von Dean Martin / Jerry Lewis gestaltet – nur dass die beiden nüchtern waren. Aber deshalb nicht weniger witzig.

Nach dem Abendessen gab es keinen inhaltlichen Input mehr, sondern endlich Zeit für Gespräche. Wir hatten den Kritischen Mediziner*innen die Möglichkeit eines Vernetzungstreffens angeboten, das sie auch nutzen, während die anderen Teilnehmer*innen schon schnackten und anfangen zu tanzen. Nachdem wir letztes Jahr in der Schule in Berlin die Party am Samstag um Mitternacht abbrechen mussten, weil die Schule sonst Ärger bekommen und uns gemacht hätte, konnte die Party diesmal laufen. Das TTZ als Tagungszentrum war dafür super geeignet und wir hatten großen Spaß.

Am Sonntag früh fand die Mitgliederversammlung des vdää* statt, bei der auch ein neuer Vorstand gewählt wurde. Carina Borzini und Bernhard Winter sind aus dem geschäftsführenden Vorstand ausgeschieden, und Chrissi Bachelier, Jürgen Seeger und Karen Spannenkrebs sind nachgerückt, so dass der neue Vorstand nun aus sechs Personen besteht. Der erweiterte Vorstand besteht aus 38 Mitgliedern. Alles weitere können die Mitglieder des vdää* den an sie verschickten Nachrichten aus dem Verein entnehmen. Nach den Formalien kam es – leider schon relativ spät – zur Diskussion des Entwurfs für ein neues Kapitel des vdää*-Programms zu Klimawandel und Gesundheit. Dieses war seit der Diskussion bei der MV in Berlin 2022 von einer Kleingruppe von vdää*-Mitgliedern und koordiniert von Felix Ahls und Paul Brettel ausgearbeitet und vorab an alle Mitglieder verschickt worden. Es gab eine Kontroverse und einen entsprechenden Antrag zur grundsätzlichen Ausrichtung des Kapitels, die sich um die Frage drehte, wie explizit antikapitalistisch hier argumentiert werden sollte. Ist das Problem des Klimawandels »lösbar« innerhalb kapitalistischer Produktionsverhältnisse oder sind diese Produktionsverhältnisse mit ihrem Wachstumszwang der tiefere Grund des Problems und müssen – auch deshalb – überwunden werden, um die Klimakatastrophe zu verhindern? Spannenden Grundsatzzfragen für einen linken Verein, die man auch zur Frage von Krieg und Frieden führen könnte und müsste. Beim Klima hat sich die große Mehrheit der MV für die grundsätzliche Kritik entschieden. Das Kapitel wird nun im Laufe des ersten Halbjahrs 2024 fertig gestellt.

Ein politischer Schwerpunkt wird nächstes Jahr auf Beschluss der MV der Rechtsruck in der Gesellschaft sein. Die MV hat den Vorstand des vdää* beauftragt, eine Perspektive und eine Strategie zu entwickeln, wie der Verein dem Rechtsruck in der Gesellschaft und der zunehmenden Militarisierung der Gesellschaft entgegenarbeiten kann.

Die Evaluation der diesjährigen JHV hat ein ausgesprochen positives Bild ergeben. Das entsprach auch unserem Erleben. Dazu beigetragen hat sicher auch der tolle Tagungsort in Marburg. Die Latte für die nächsten Jahre ist damit hoch gelegt.

50 Jahre Marburger Kongress

»Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt«

Hans-Ulrich Deppe

Wir dokumentieren hier (leicht gekürzt) den Vortrag von Hans-Ulrich Deppe auf dem Gesundheitspolitischen Forum des Vereins Demokratischer Arzt*innen und des Solidarischen Gesundheitswesens am 3. November 2023 in Marburg.

50 Jahre ist es her, dass hier in Marburg der erste medizinkritische Kongress unter dem Motto »Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt« stattfand. Als damals Beteiligter stelle ich mir heute die Fragen: Warum haben wir damals dieses Projekt eigentlich gestartet? Warum haben wir es zu dieser Zeit gemacht? Was wollten wir erreichen? Wie waren die Voraussetzungen? Darüber hinaus soll mein Beitrag unsere aktuelle gesellschaftspolitische Diskussion anregen, obwohl sich Vieles geändert hat! Die vergangenen Jahrzehnte waren in der Tat eine historische Periode mit tiefgreifenden Veränderungen, Kriegen und dramatischen Um- und Zusammenbrüchen.

Was waren die gesellschaftlichen, politischen und kulturellen Hintergründe der damaligen Zeit? Wie war der »Zeitgeist« Ende der 60er und Anfang der 70er Jahre?

Es herrschte damals eine Stimmung des Umbruchs und Aufbruchs in der Gesellschaft verbunden mit einer scharfen Gesellschaftskritik. Im Detail äußerte sich die kritische Stimmung wie folgt: In der Politik kam es zur Ablösung des Adenauer-Regimes der Nachkriegszeit. Es kam zur Ablösung des »Kalten Kriegs«, der Konfrontation der Systeme Kapitalismus – Sozialismus, und die folgende Sozialliberale Koalition (SPD/FDP) startete mit einer neuen Ostpolitik.

Nach 12 Jahren Verbot wurde 1968 die kommunistische Partei wieder gegründet – prompt folgten fünf Jahre später die Berufsverbote.

Die Wirtschaft war durch eine ökonomische Krise gekennzeichnet. Die steigende Arbeitslosigkeit betraf viele Familien. In den Betrieben kam es 1969 zu spontanen Streiks, den »September-Streiks«.

Es gab Kritik am Bildungssystem. Eine Bildungsenquête stellte erhebliche Defizite fest. Die unteren Sozialschichten – insbesondere Arbeiterkinder – waren von höherer Bildung nahezu ausgeschlossen. Es war auch die Zeit, in der die Gesamtschule eingeführt wurde und zwar gegen heftige Widerstände. An den Universitäten rebellierten die Studenten. Sie zeigten ihre Solidarität mit den nationalen Befreiungsbewegungen in den ehemaligen Kolonien. Sie haben unkonventionelle öffentliche Provokationen angewandt. Zu den Betrieben und den Organisationen der abhängig Beschäftigten fanden sie leider meistens keinen nachhaltigen Zugang. In der Wissenschaft fand die Unruhe ihren Ausdruck in der Kritischen Theorie. Die Soziologie war das Kernfach der sich rasch ausbreitenden Studentenbewegung. Auch dort ging es um Gesellschaftskritik – insbesondere um Ideologiekritik.

Die Studentenbewegung war anti-autoritär. Ein bekannter Spruch lautete: »Unter den Talaren – Muff von 1000 Jahren«. Sie war anti-faschistisch. Die meisten von uns hatten heftige Auseinandersetzungen mit ihren Eltern, die mit dem Nationalsozialismus verbandelt waren. Und sie war anti-kapitalistisch. Der *Sozialistische Deutsche Studentenbund (SDS)* spielte eine führende Rolle.

Max Horkheimer prägte den Satz: »Wer vom Kapitalismus nicht reden will, sollte auch vom Faschismus schweigen.« Im Zentrum der politischen Diskussionen stand der Vietnamkrieg, der 1973 zu Ende ging. Die Nationale Befreiungsfront jagte die USA aus Vietnam. Es gab zahlreiche Vietnam-Kongresse, die sich mit dem sich befreienden vietnamesischen Volk solidarisierten. Auch gab es 1973 eine weltweite Kritik an dem Sturz des gewählten sozialistischen Präsidenten von Chile, Salvador Allende (am 11. September 1973), bei dem die Chicago-Boys (also Ökonomen aus Chicago wie z.B. der Monetarist Milton Friedman) eine dunkle aber zentrale Rolle spielten. Zahlreiche kritische Chilenen wurden damals als Asylsuchende in die ganze Welt verstreut. Es gab große Sympathie für die »Nelken-Revolution« in Portugal. Sie stürzte den Autokraten Salazar, der nichts für Demokratie übrig hatte. Und nicht zu vergessen – besonders wichtig für Europa – waren die vielen solidarischen Aktionen gegen das Obristen-Regime in Griechenland von 1967-1974. Sie trugen mit zu dem Niedergang des autoritären Regimes bei und unterstützten die Wiedereinführung der Demokratie.

Es gab heftige Kritik an den USA (besser: an der US-Administration), da sie in alle Ereignisse aktiv verwickelt war – ein weiterer Schwerpunkt der us-amerikanischen Interventionen war Südamerika.

Kulturell war es eine Zeit der Rebellion und Emanzipation.

- Woodstock mit seinem Motto Love & Peace war ein Magnet für junge Leute (ca. 400.000 Besucher).
- Rock'n Roll, die Beatles und die Rolling Stones standen für eine kulturelle Revolution.
- Harry Belafonte: Der beliebte Calypso-Sänger aus der Karibik, war aktiv in der Schwarzenbewegung um Martin-Luther-King und politisch hoch engagiert.

- Und schließlich ist die sexuelle Liberalisierung nicht zu vergessen. Das Sexualleben der meist Jugendlichen hatte sich durch die Einführung der Kontrazeptions-Pille enorm verändert.
- Darüber hinaus startete eine Kampagne gegen das Abtreibungsverbot.

Das sind einige Farbtupfer aus der damaligen Zeit, die vielleicht dazu beitragen können, die Stimmung – den »Zeitgeist« – besser zu verstehen.

Was tat sich zu der Zeit im Gesundheitswesen?

Wegen der mangelhaften Krankenversorgung gab es zu dieser Zeit erhebliche Unruhe im Gesundheitswesen. Diese Unruhe explodierte regelrecht am Abend des 20. September 1970 in der Fernsehsendung »Halbgott in Weiß« und den daraus folgenden Ereignissen. Hans Mausbach, ein chirurgischer Assistenzarzt (2022 gestorben), sprach in dieser Sendung von:

- Klassenverhältnissen, Klasseninteresse und antidemokratischer Rangordnung im Gesundheitswesen;
- »Kampf um Laufbahn, Macht, Prestige und Geld wird auf Rücken von Patienten ausgetragen«;
- Experimenten an Menschen;
- kommerziellen Interessen;
- Gefälligkeitspublizistik für Pharmaindustrie.

Das waren klare Worte, die viele, die die Situation in den Krankenhäusern kannten, nachvollziehen konnten. Darauf folgte am nächsten Morgen die fristlose Entlassung durch seinen Chef, den Chirurgen Prof. Edgar Ungeheuer! Hans Mausbach war arbeitslos. Es folgte ein mehrjähriger Arbeitsprozess, den Hans schließlich gewonnen hat.

In der folgenden Zeit kam es zu einer Fülle von kritischen Aktivitäten im Gesundheitswesen.

1971 und 1972, den beiden Jahren vor dem Marburger Kongress, sah das so aus: 1971 veröffentlichte das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut der Gewerkschaften seine viel diskutierte Studie »Die Gesundheits-sicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Analysen und Vorschläge zur Reform«. Bei den Vorschlägen ging es um das Modell einer »Integrierten Medizinischen Versorgung«. Im Mittelpunkt standen MTZ (Medizinisch Technische Zentren), die aus dem klinischen Alltag ausgegliedert werden sollten. Dies erregte in der ärztlichen Standespolitik besondere Aufregung, da die technischen Leistungen im Einkommen der Niedergelassenen besonders relevant waren. Ein Reizthema bis heute!

1971 startete die Kampagne: »Wir haben abgetrieben«. Dieses Bekenntnis von 374 prominenten Frauen wurde in der Zeitschrift *Stern* vom 6. Juni 1971 veröffentlicht. Die Selbstbeichtigungskampagne entfachte heftige Diskussionen um die Reform des § 218 im Strafgesetzbuch.

Im September 1971 kam es unter der Führung des Marburger Bundes zu einem berufsständischen Streik der Krankenhausärzte allein für ihre finanzielle Besserstel-

lung sowie Überstunden, den Bereitschaftsdienst und die Rufbereitschaft. Wenn es um ihre eigenen Interessen geht, können Standesorganisationen sehr radikal sein. Trotz alledem, war es Ausdruck für die Unruhe im Krankenhaus. Diese Kritik steigerte sich im Jahr 1972.

Im April/Mai 1972 erschien die 7-teilige *Spiegel* Titel-Serie: »Das Geschäft mit der Krankheit«. Darin wurden vor allem die niedergelassenen Ärzte wegen ihrer Reformunwilligkeit kollektiv angeklagt. Die Mängel im System würden von den Standesvertretern verschleiert oder bagatellisiert. Die Kranken würden entmündigt und »auf den Kinderstatus zurückgeworfen«. Als Reformvorschläge werden Diagnostikzentren nach dem Vorbild der Mayo-Klinik in den USA diskutiert. Auch nach Schweden und Großbritannien wird der Blick gerichtet und die Bedeutung von Ambulatorien und Polikliniken betont. Und verwiesen wird auf einen Slogan protestierender Studenten: »An jedem 10. Klinikbett wird ein Ordinarius fett.«

Auf dem 75. Deutschen Ärztetag in Westerland vom 29. Mai bis 2. Juni 1972 kam es zu Tumulten. Delegierte kritisierten die selbstherrlichen Auftritte der Standesfunktionäre. Vor allem jüngere Delegierte verlangten, die Ärzteschaft möge sich mit der Beweisführung, den Zahlen und Statistiken der Spiegel-Serie sachlich auseinandersetzen. Sie wurden von der Mehrheit der meist angegrauten Ärztetags-Delegierten niedergeschrien oder ihnen schlug Hohn gelächter entgegen, hieß es in der Presse.

Am 29. Juni 1972 wurde das Krankenhausfinanzierungsgesetz verabschiedet, das ob der desolaten Zustände an den Krankenhäusern überfällig war.

Im Landratsamt von Hanau wurde seit Ende der 60er Jahre das »Klassenlose Krankenhaus« geplant. Privatstationen sollten darin abgeschafft werden. Die Aufnahme ins Krankenhaus, die ärztliche Behandlung und Pflege sollen sich nur nach Art und Grad der Erkrankung und nicht nach dem sozialen Status richten. Weiter ging es um den Abbau



der hierarchischen Strukturen. Das Chefarzt-System sollte durch demokratische Strukturen ersetzt werden. Die Privatliquidationen der leitenden Ärzte sind abzubauen, hieß es. Hohe Ansprüche, die allerdings nicht realisiert werden konnten. Es blieb bei der Diskussion.

Mitten hinein in die Diskussion um die Reform der ärztlichen Versorgung platzte 1972 das Gesundheitspolitische Programm des *Deutschen Gewerkschaftsbunds (DGB)* mit dem Titel »Ausbau von Vorsorge und Früherkennung«. Prävention war eine längst überfällige Forderung. Über die WSI-Studie hinaus war das die zweite gesundheitspolitische Intervention der Gewerkschaften in kurzer Zeit. Warum? Was haben Gewerkschaften mit Gesundheit zu tun? Gewerkschaften setzen sich vor allem für die Interessen der abhängig Beschäftigten im Kampf um bessere Arbeitsbedingungen ein. Die abhängig Beschäftigten sind Sozialversicherte. Sie sind in der *Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)* pflichtversichert. Die Gewerkschaften erheben weiter den Anspruch in der GKV, in der es vornehmlich um die Finanzierung des Gesundheitswesens geht, die Interessen der Sozialversicherten zu vertreten.

Parallel zu dieser Unruhe gab es eine rege kritische Publikationswelle:

- Kritik der bürgerlichen Medizin in der Zeitschrift *Das Argument*. Aus der damaligen Redaktion sind Udo Schagen und Rolf Rosenbrock heute hier bei uns.
- Michael Regus publizierte den vielbeachteten Essay: »Das Krankenhaus im gesellschaftlichen Widerspruch«, in den *Blättern für deutsche und internationale Politik*.
- Alexander Mitscherlich: »Der Kranke in der modernen Gesellschaft«, 1967,
- Und schließlich das Buch von Josef Scholmer: »Krankheit der Medizin«, 1972

Die angegriffenen Ärztesfunktionäre ließ dies alles nicht unberührt. Sie fürchteten eine – wie sie meinten – »Sozialisierung« der Medizin. Am 13. April 1972 veröffentlichten sie im *Deutschen Ärzteblatt* einen »Aufruf zum Handeln! Freiheit für Arzt und Patient in Gefahr!« Er richtete sich gegen die »Propagandahetze gegen die Ärzteschaft mit dem Ziel ihrer Sozialisierung« hieß es. Sie richteten zur Finanzierung einen »Kampf-Fonds« ein. Unterschrieben war der Aufruf

von den führenden Standesfunktionären Fromm, Sewering, Muschalik, Voges, Schmitz-Formes und Stockhausen. Im *Deutschen Ärzteblatt* (Heft 9, 1972) hieß es schließlich: »Mit der Sendung ›Halbgott in Weiß‹ hat es angefangen, über die Veröffentlichung der WWI-Studie und die mehr als kritischen Reden auf dem Krankenkassentag war es weitergegangen. Die Spiegelserie über ›Das Geschäft mit der Krankheit‹ machte es dann in sechs (sieben d.V.) Folgen auch dem letzten Arzt klar. Das bisher hohe Ansehen seines Standes steht unter publizistischen Trommelfeuer.«

Wie ist es zu dem Kongress gekommen?

Auf diesem Hintergrund – der Disziplinierung von Hans Mausbach und den folgenden medizinkritischen Aktivitäten im Jahr 1972 – kam es dann zur Vorbereitung des Marburger Kongresses. Sie ereignete sich ganz konkret wie folgt:

Der *Pahl-Rugenstein-Verlag (PRV)* wollte angesichts der desolaten Situation im Gesundheitswesen ein kritisches Buch machen. Hans Mausbach, enfant terrible durch seine öffentlichen Auftritte, war arbeitslos und hatte seine chirurgische Weiterbildung nicht abschließen können. Der PRV hat ihn für dieses Buchprojekt eingestellt. Zu diesem Zweck trafen sich dann Paul Neuhöfer (PRV), der Psychiater Erich Wulff (Argument-Autor), Hans Mausbach und ich zu einer Besprechung im Arbeitszimmer von Erich Wulff in Gießen. Wir kamen zu der Überzeugung, dass unsere Kapazitäten für ein solides kritisches Buch über das deutsche Gesundheitswesen nicht ausreichten. Es sollte ein Kongress vorgeschaltet werden. Warum in Marburg? Ich war wissenschaftlicher Assistent im Soziologischen Institut der Philipps-Universität und kannte die politische Szene. Insbesondere zupass kam uns die gute politische Infrastruktur des *Arbeitskreises Kritische Medizin (AKM)* in Marburg, von dem auch heute hier noch einige Zeitzeugen anwesend sind.

Als nächstes stellte sich die Frage: Wer soll teilnehmen? Der Kongress sollte eine linke Sammelbewegung sein, möglichst viele Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen, inklusive der Studierenden. Und die unterschiedlichen politischen Gruppierungen sollten vertreten sein –

vom KBW bis zur Sozialdemokratie. Selbst die ärztlichen Standesorganisationen waren als Gegenpol eingeladen. Also – eine bunte Mischung! Es ging uns nicht um eine Beschimpfung der Ärzte. Es ging uns um die Kritik am Gesundheitssystem und da sollten die Ärztinnen und Ärzte einbezogen werden.

Von den Institutionen standen die Gewerkschaften im Mittelpunkt (DBG, ÖTV), die Kassen (GKV, Sozialversicherung), SPD (Landrat Woythal aus Hanau, Hans See), die Kommunalverwaltung.

Insgesamt ca. 1.800 Teilnehmer

Was waren die Hauptinhalte des Kongresses

»Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt« am

20./21. Januar 1973?

Es gab zwei Hauptreferate: Michael Regus sprach über »Kritik des Gesundheitswesens in der BRD« mit der Stoßrichtung gegen Standespolitik, für demokratische Berufspolitik. Und Alfred Schmidt sprach über das gerade erschienene Gesundheitspolitische Programm des DBG.

Von unserer Seite herrschte kritische Solidarität mit den Gewerkschaften. Was heißt das? Es gab rechte (z.B. Chemie, Bau) und linke (z.B. Metall, Medien) Gewerkschaften. Auch innerhalb der Gewerkschaften gibt es rechte und linke politische Positionen. Unsere Sympathie galt den linken Gewerkschaftsinhalten.

Insgesamt ging es um Medizinkritik und die Hauptkritikpunkte waren:

- Vernachlässigung der psychosozialen Dimension in der Medizin,
- Vernachlässigung der Prävention: unter 1% der Gesundheitsausgaben der BRD wurden für Prävention (dann meist für Früherkennung) ausgegeben; der Begriff der Gesundheitsförderung wurde erst später geprägt.
- Gefordert wurde eine Psychiatrie-Reform in Richtung einer Sozialen Psychiatrie; Gründung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) (1970), internationale Psychiatriebewegung (Basaglia etc.);
- Kritik der Arbeitsmedizin;
- Forderungen: verstärkte Demokratisierung medizinischer Institutionen; mehr Mitbestimmung am Arbeitsplatz und bei Planung;
- Wir sprachen von gewerkschaftlicher Orientierung: d.h. Parteinahme für die Sozialversicherten, für die abhängig Beschäftigten und vor allem für die Patienten als Subjekte. Das Eintreten für die gewerkschaftliche Orientierung und die Sozialversicherten war für uns Ausdruck der Klassenfrage.
- Wir waren gegen die Kommerzialisierung in der Medizin. Ansätze dafür sahen wir im Belegarztssystem, der Privaten Krankenversicherung, der Pharmaindustrie, die niedergelassenen Ärzte als Unternehmer, die in der Spiegel-Serie heftig kritisiert wurden.

- Wir waren gegen ärztliche Standespolitik, in der wir den geballten Gruppenegoismus zur Sicherung ärztlicher Privilegien sahen;
- Wir starteten einen Aufruf für eine »alternative, soziale und demokratische Berufspolitik« (Kongressbericht S. 74). Es war der Startschuss für die *Liste Demokratischer Ärzte*, die 1976 dann erstmals in Hessen zur Wahl antrat.

Die Resonanz in Presse war groß: Die Standesorganisationen haben getobt: Nestbeschmutzer, Revolutionäre Trautmäntler, geht doch nach drüben. Die hatten Schaum vor dem Mund!

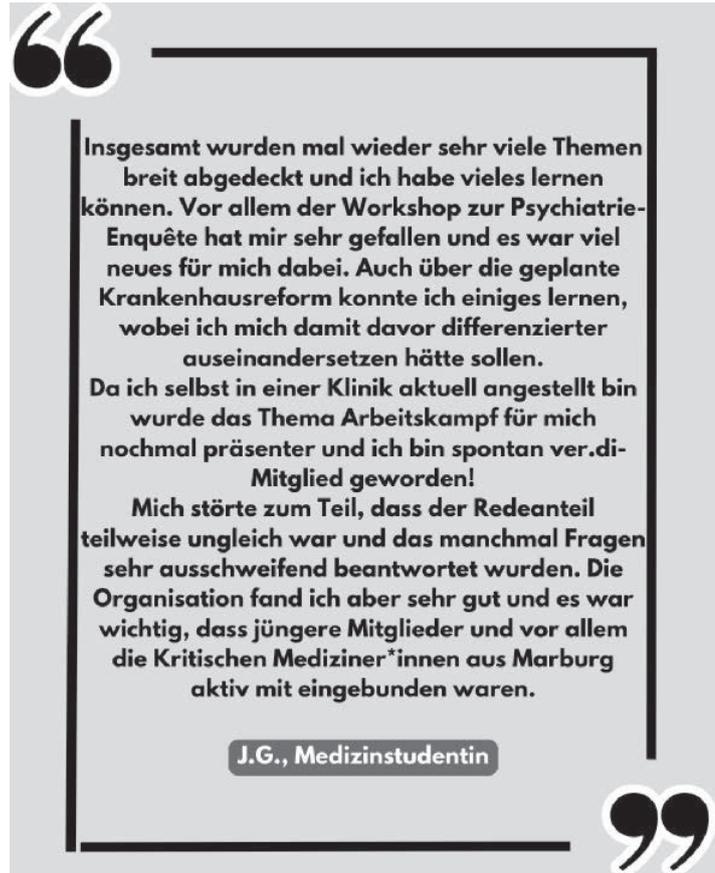
Zum Schluss: Ein Sprung in die Gegenwart

Seitdem ist eine lange Zeit vergangen. Die Welt von 2023 ist 50 Jahre danach eine andere. Was unterscheidet uns heute von damals? Eine Vielzahl von Krisen belastet die Gesellschaften weltweit. Die globale Gesundheit leidet unter der Bedrängnis vieler alter und neuer Gefahren. Am stärksten leidet sie unter anhaltenden Kriegen und bewaffneten Konflikten. Nach wie vor hat die Behandlung und Versorgung von Kranken Klassencharakter. Die aktuelle Inflation mit steigenden Lebensmittelpreisen hinterlässt ihre Spuren. Besonders betrifft sie die Ärmsten. Die globale Gesundheit leidet unter einer sich zuspitzenden Bedrohung durch die Klimakatastrophe und die Nachwirkungen der Covid-19-Pandemie. Der Aufschwung autoritärer Regime und der fortgesetzte neoliberale Umbau hohlen in vielen Staaten die Sozialsysteme aus. Der auslaufende Neoliberalismus ist die Hauptursache der weltweiten »Care«-Krise, die durch Migration von einem Land ins andere verschoben wird. Der Neoliberalismus hat nicht zuletzt die Versorgung von Kranken zur ökonomischen Ware oder rentablen Dienstleistung gemacht. Die Kommerzialisierung der Krankenversorgung ist eine von Menschen gemachte Katastrophe!

Angesichts dieser Situation brauchen wir ein gesundheitspolitisches Forum, das sich nicht scheut, diese Situation wissenschaftlich aufzudecken und kritisch – bis an die Wurzeln des Gesellschaftssystems – zu hinterfragen. Die radikale Analyse ist letztlich die Voraussetzung für eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheitsförderung und der Krankenversorgung. Darüber hinaus brauchen wir eine gesellschaftskritische Bewegung, die sich mit den demokratischen Kräften an der konkreten Umsetzung einer solchen Gesundheitspolitik aktiv beteiligt.

Die Kritische Medizin hat dafür seinerzeit die Richtung angedeutet. Der Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte hat sie politisch vertieft und erweitert. Und ich bin zuversichtlich, dass der VDÄÄ* auch weiter an diesen Zielen festhält, denn er wird seine Vergangenheit nicht verleugnen wollen.

November 2023



Hans-Ulrich Deppe ist Medizinsoziologe und Sozialmediziner, er war bis 2004 Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie an der Goethe-Universität Frankfurt/Main; er ist Gründungsmitglied des vdää* und bis heute im erweiterten Vorstand.

Der Kongress ist dokumentiert in H.-U. Deppe u.a. (Hrsg.): *Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt*, Köln 1973. Der Band ist antiquarisch erhältlich.

Frauen in der Kritischen Medizin

Karen Spannenkrebs auf Spurensuche

In der Auseinandersetzung mit dem Marburger Kongress 1973 war besonders auch die Erfahrung der damals Beteiligten interessant. Zum Glück sind einige der damaligen Initiatoren langjährige vdää*-Mitglieder, so dass wir beim Auftaktpanel am Freitagabend auf die Erinnerungen von Hans-Ulrich Deppe, Winfried Beck, Wulf Dietrich und Udo Schagen zurückgreifen und Eindrücke aus der Zeit vor 50 Jahren gewinnen konnten.

Eigentlich war es von Beginn an der Wunsch der JHV-Brigade des vdää*, das Podium auch zumindest mit einer Frau zu besetzen, was uns jedoch trotz intensiver Recherche und Telefonaten nicht gelungen ist. Besonders gefreut haben wir uns deshalb über Wortmeldungen aus dem Publikum von Frauen, die beim Kongress dabei waren oder das Klima in der Kritischen Medizin kurze Zeit später miterlebt haben.

Ein Blick in den Kongressband machte klar, dass es durchaus Frauen gab, die auch Referate gehalten haben. Sie waren allerdings in der ganz klaren Minderheit. Von den 48 Autor*innen, die Beiträge für den Kongressband verfasst haben, tragen nur fünf weibliche Namen. Dahinter verbargen sich zwei Ärztinnen (Brigitte Kluthe und Ingrid Fohlmeister), eine Pharmazeutin (Ingeborg Simon) und zwei Krankenpflegerinnen (Grete Hannelore Schwitajewski und die leider schon verstorbene Annette Schwarzenau).

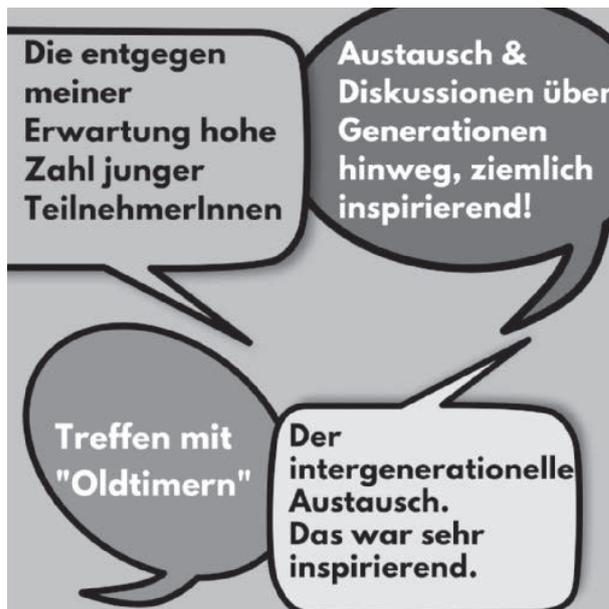
Mit einer der damaligen Referentinnen, der Pharmazeutin Ingeborg Simon, hatte ich Gelegenheit zu sprechen. Mit vier weiteren Frauen, von denen zwei als Teilnehmerinnen beim Marburger Kongress dabei waren und zwei kurz später zur Bewegung der kritischen Medizin dazu stießen, ebenfalls. Mich interessierte, welche Rolle Frauen damals in der Kritischen Medizin einnahmen, wie präsent feministische Themen waren und wie sich das Verhältnis zur zweiten Frauenbewegung darstellte.

»Das war für uns damals noch kein Thema«

sagt Ingeborg Simon, die als Pharmazeutin damals einen Beitrag zur Preispolitik der pharmazeutischen Industrie beim Marburger Kongress geleistet hat, auf die Frage, warum beim Marburger Kongress so wenige Frauen waren.

*»Unsere politischen Aktivitäten als Pharmazeut*innen und Studierende der Pharmazie konzentrierten sich gegen Ende der 60er Jahre – in der Zeit der Aufbruchstimmung – völlig auf die Rolle der Pharmazeutischen Industrie und ihre Auswirkungen auf unsere berufliche Tätigkeit. Davon zeugt nach der Gründung der Basisgruppe Pharmazie in Westberlin unsere erste Veröffentlichung 1969 unter dem Titel ›Der Patient – ihr bestes Kapital‹. Das war nach meiner Kenntnis das erste kapitalismuskritische Dokument, das die Pharmaindustrie und ihre Praktiken ins Visier nahm – in Zeiten der Studentenunruhen«.*

Ingeborg war von Anfang an dabei. Als Pharmazeutin hat sie mit Studierenden und Doktoranden der Pharmazie in Westberlin die Basisgruppe Pharmazie mitgegründet, deren Mitglieder sich in der Mehrheit Anfang der 1970er Jahre in der ÖTV (heute ver.di) organisierten. Ingeborg wurde von der ÖTV



in den DGB-Arbeitskreis auf Bundesebene delegiert, der ein »Gesundheitspolitisches Programm« entwickelte. (Zur Diskussion dieses Programms siehe auch Hans-Ulrich Deppe, S. 7 ff.). Ingeborg beteiligte sich in der Arbeitsgruppe »Pharmaproduktion und Arzneimittelbedarf«.

Ihrer Erinnerung nach waren viele Frauen eher in der alternativen Gesundheitsbewegung aktiv, die die zweite Frauenbewegung stark beeinflusst hat.

»Die Frauen fühlten sich zu Recht überall untergebuttert. Als Patientinnen sahen sie ihre Bedürfnisse nicht wahrgenommen durch eine stark männlich geprägte Sicht auf Seiten der Mediziner. Sie erlebten sie als ›hilflose Helfer‹ und suchten nach Möglichkeiten zur Selbsthilfe.«

Ob Probleme und Fragen des Schwangerschaftsabbruchs, eine Konfliktberatung in der Schwangerschaft oder alternative Heilmethoden, Möglichkeiten der Selbstbehandlung und Lebenswelt-orientierte Maßnahmen der Prävention – diesen Bedürfnissen entsprachen Angebote und Hilfen in Frauen- und Geburtshäusern, in Frauengesundheitszentren und Gesundheitsläden. Dabei entstand ein die Emanzipation fördernder Prozess zur Formulierung eigener Ansprüche an die Gesundheitsverantwortlichen. Einrichtungen wie das *Feministische Frauengesundheitszentrum (FFGZ)* in Berlin von 1977, das aus der autonomen Frauenbewegung hervorging, boten beispielsweise Selbsthilfekurse, Informationsveranstaltungen, Aufklärungsbroschüren mit großer Resonanz außerhalb der professionellen Angebote und befähigte interessierte Frauen dazu, ihre eigenen Bedürfnisse stärker zu artikulieren.

Nach dem Marburger Kongress von 1973 stellte der 1. Gesundheitstag 1980 in Westberlin die inzwischen breiter und stärker gewordene Gesundheitsbewegung in ihrer gewachsenen Vielfalt vor, die sich 1973 noch nicht so deutlich abzeichnete. Den kritischen Pharmazeut*innen bot sich hier die Gelegenheit, im Kontext mit Ökonom*in-

nen und Ärzt*innen zur Herrschaft der pharmazeutischen Industrie ihren Beitrag zu leisten. Ingeborg referierte hier zum 2. Arzneimittelgesetz, zur klinischen Prüfung von Arzneimitteln sowie zur Arzneimittelwerbung. Das Thema der Arzneimittelprobleme hatte inzwischen auch die Frauenbewegung erreicht. In dem Kapitel »Frau und Pharma« gab es zum Gesundheitstag wichtige Beiträge. Ingeborg unterstützte hier das Westberliner Komitee für die Rechte der Frau bei der Ausarbeitung eines Beitrags zu »Frau als Objekt der Pharmakonzerne«. Wie auch in diesem Fall wurden Mitglieder der Fachgruppe Pharmazie in der ÖTV als Referent*innen und Ratgeber*innen häufig von Fraueninitiativen und -gruppen um fachliche Unterstützung gebeten.

Der Ende der 80er Jahre gegründete *Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten*, zu dessen Gründungsmitgliedern Ingeborg gehörte, veranstaltete unter anderem auch Frauenseminare zu Themen wie Sucht, Klostermedizin, Hexen und Hildegard von Bingen und ging mit dem Thema Frauen und Arzneimittel in den 80ern auf die Frauenbewegung zu.

»Wir haben das nie als frauenbewegt gesehen, sondern es ergab sich aus unserer politischen Arbeit, dass da Themen aufgeploppt sind, die geschlechtsspezifisch waren auch wenn es um die Arbeit von Hebammen oder der Pflege ging, die Einführung der Pille, oder so Hexenthemen, die viel mit Heilkunde und Pharmazie zu tun hatten.«

Ihr Fazit nach über 50 Jahren politischem Aktivismus: *»Ohne die Studentenbewegung und die daraus entstandene kritische Gesundheits- und Frauenbewegung wäre ich weder zum Marburger Kongress gefahren oder in gewerkschaftlichen und gesundheitspolitischen Bewegungen aktiv geworden, noch hätte ich hilfreiche politische Erfahrungen im Parlament gemacht, die ich aktuell noch in sehr unterschiedliche Gremien einbringen kann.«*

»Frauenemanzipation im Kontext des gesamtgesellschaftlichen Fortschritts«

Dorothe Elgeti nahm als Studentin am Kongress 1973 teil.

»Udo Schagen und Uli Deppe waren nur ein paar Jahre älter aber zur damaligen Zeit quasi eine andere Generation. Sie hatten ihr Medizinstudium schon vor der Studentenbewegung abgeschlossen, während wir zu der Zeit mit dem Studium anfangen.«

Sie schätzt, dass zu ihrer Zeit etwa ein Drittel der der Medizin-Studierenden in Marburg Frauen waren und dass sich ein ähnlich großer Anteil im Arbeitskreis Kritische Medizin wiederfanden.

»Unsere ersten Vorkämpfer waren eher die Männer.« Doch zu allen Themen, die sie damals bewegten, gab es auch Frauen, die sich damit beschäftigt haben. »Selten vorne auf den Podesten, aber mit in allen Gremien.«

Sie erinnert sich daran, dass es auch einen *Arbeitskreis Kritischer Schwestern* gab, der durchaus mit dem AKM zusammengearbeitet hat. Später hätte sich ein *Arbeitskreis »Berufsperspektiven«* gebildet, in dem sich die älteren Studierenden ganz konkret mit ihren Perspektiven im Gesundheitswesen beschäftigt haben und in dem gemeinsame Pläne zur zukünftigen Gründung von Gruppenpraxen geschmiedet wurden. Obwohl Dorothe rückblickend sagt, dass nicht viele dieser Pläne in die Realität umgesetzt wurden, fand ich es spannend zu hören, dass Fragen, die auch uns Berufsanfänger*innen heute sehr beschäftigen, gemeinsam angegangen wurden.

Alle hätte damals ein großes emanzipatorisches Interesse verbunden; mit sozialkritischem Ansatz hätten sie in vielerlei Hinsicht über den eigenen Tellerrand geblickt. Auch, was die rigiden Geschlechterbilder ihrer Elterngeneration anbelangte. Doch der große Kontext sei immer der gesamtgesellschaftliche Fortschritt gewesen, auf den sie hinarbeiteten.

»Wir waren davon erfüllt, die ganzen neuen Möglichkeiten, die sich uns eröffnet haben, wahrzunehmen.«

»Wir waren klar antiautoritär, aber die Wortführer waren meistens Männer«

sagt Ursula Haun-Jünger rückblickend. Sie begann 1967 mit dem Studium in Marburg und beschreibt sich als davor unpolitisch. Dennoch sei sie schnell in Kreise des SDS und dann in den *Arbeitskreis Kritische Medizin* geraten.

»Die Studentenbewegung war in die Medizin übergeschwappt. Aber wir waren ganz wenige, denn die meisten Mediziner waren konservativ. Der AKM war wie ein Appendix der Studentenbewegung.«

Auch Ursula erinnert sich an ungefähr ein Drittel Frauen im AKM, diese seien aber zurückhaltender gewesen, hät-

ten mehr zugehört und sich weniger zugetraut als ihre männlichen Genossen. Privat hätten sie sich sehr dafür eingesetzt, als Frau einen eigenen Beruf zu ergreifen. Ursula beschreibt es als prägend, dass sie die Generation waren, deren Eltern noch im Nationalsozialismus sozialisiert waren.

»Wir mussten uns so freistrampeln.«

Um die privaten Auseinandersetzungen mit den autoritären Verhältnissen sei es im AKM aber nie gegangen. In die Vorbereitungen des Kongresses war Ursula wenig involviert. Sie steckte 1973 mitten in der Prüfungsphase zum Staatsexamen und war außerdem schwanger.

»Ich habe natürlich jeden Kongresstag mitgemacht. Aber nur als Zuhörerin. Es war eine prickelnde Stimmung.«

»218 war ein reaktionäres Gesetz unter vielen«

Meine nächste Gesprächspartnerin, Doris, war zu jung, um beim Marburger Kongress dabei zu sein. Sie fing erst 1974 mit dem Medizinstudium an und rutschte gleich in den Fachschaftratsrat, in dem sie damals die einzige Frau war. Wie überhaupt im Medizinstudium, in dem Anfang der 70er die Anzahl weiblicher Studentinnen stark wuchs, waren es auch in der Fachschaftsgruppe in Göttingen ihrer Erinnerung nach etwa ein Drittel Frauen. »Zum Teil Wortführerinnen«. Doris berichtet, in den Jahren 1975 und 1976 von der Streikbewegung um einen Ausbildungsvertrag Praktisches Jahr politisiert worden zu sein. Frauenthemen hätten sie damals weniger interessiert.

»218 war für uns ein reaktionäres Gesetz unter vielen«, sagt sie.

Der Kampf gegen den Paragrafen sei selbstverständlich gewesen, aber nur für einige zukünftige Gynäkologinnen wirklich ein zentrales politisches Anliegen.

Erste Diskriminierung-Erfahrungen als Frau machte sie erst im PJ. »Frau Doktorchen« sagten einige Kollegen süffisant. Mit Sexismus in den eigenen Reihen der kritischen Medizin hätten sie sich wenig auseinandergesetzt. »Ich hatte aber auch nicht das Gefühl, dass es das gebraucht hätte.«

In der Landesärztekammer (LÄK) sei es ungewöhnlich gewesen, dass eine junge Frau spricht. Später sei sie auch Teil von Ausschüssen in der LÄK zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf geworden, das seien »schon ganz klar Frauenthemen« gewesen. Da habe sie dann auch mit Kolleginnen des *Ärztinnenbundes* zusammengearbeitet, zu denen ansonsten politischer Abstand bestand.

»Ich habe mich eigentlich nie ALS FRAU engagiert.«

Auch Hannelore, die bis heute beim vdää* aktiv ist, ist erst später dazu gestoßen. Sie wurde Mitte der 80er Jahre als junge Ärztin in der Liste Soziales Gesundheitswesen in der Ärztekammer NRW aktiv.

»Ich bin mir auch nicht sicher, ob es da wirklich um Inhaltliches ging oder eher darum, uns Gehör zu verschaffen



mit einer Frauenstimme«, sagt sie im Rückblick. Sie habe sich um viel Organisatorisches gekümmert.

»Erst viele Jahre später ist mir aufgegangen, dass man unsere Position in der Kammer viel besser hätte nutzen können, als etwa im Arbeitskreis Ärztinnen, in dem wir uns zusammen mit dem Marburger Bund zum Beispiel um geschlechtergerechte Sprache in der Berufsordnung und um die Einrichtung einer Kita in der Kammer gekümmert haben.«

An ihrem eigenen Lebensweg erlebte sie, welche Steine Ärztinnen spätestens mit eigenen Kindern in den Weg gelegt wurden. Ihr eigentliches Berufsziel Frauenärztin konnte sie mit drei Kindern aufgrund der rigiden Weiterbildungsordnung nicht verwirklichen. Stattdessen ist sie Humangenetikerin geworden und konnte in diesem Feld politisch arbeiten, etwa in der Ethikkommission für In-vitro – Fertilisation/ Embryotransfer und verwandte Methoden in NRW. Ethische Fragen der Reproduktionsmedizin beschäftigen sie bis heute.

»Also, zur Frage der Rolle **der Frauen** in der damaligen Zeit kann ich wenig beitragen.«

Das sehe ich ein.

Jeder der fünf Frauen, mit denen ich gesprochen habe, war es wichtig zu betonen, dass sie nur ihre eigenen Eindrücke wieder geben konnten. Trotzdem habe ich in den Gesprächen ein Gefühl für die damalige Zeit und ihre großen Widersprüche zwischen starren Gesellschaftsvorstellungen und großer Aufbruchsstimmung bekommen. Es gab für Frauen 1973 so einige Hürden, die es zu überwinden galt, um am Marburger Kongress teilzunehmen. Die Bundesrepublik war gerade erst volljährig geworden, das restriktive Geschlechterbild aus dem Nationalsozialismus und den Fünfzigerjahren dauerte in vielen Strukturen noch an. Bis es Frauen gesetzlich erlaubt wurde, auch ohne Unterschrift des Ehemanns zu arbeiten, sollte es noch bis 1977 dauern.

1973 war auch die Anzahl weiblicher Ärzt*innen noch sehr überschaubar. Das sollte sich innerhalb der 70er und 80er Jahre ändern. Anfang der 70er Jahre, als der Kongress für »Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt« stattfand, begannen viele der später politisch aktiven Medizinerinnen gerade erst mit dem Studium. Auch in politischen Ämtern, gerade in den Ärztekammern, waren »Damen« eine Rarität. Um den »ritterlich«-patriarchalen Zeitgeist unter den konservativen Ärzten zu illustrieren, berichtet uns Winfried Beck auf dem Gesundheitspolitischen Forum, wie Frauen von konservativen Ärzten am Arm zum Rednerpult geführt wurden, wenn sie einmal etwas sagen wollten.

Auch in den wachsenden linken Bewegungen lief die Auseinandersetzung mit patriarchalen Strukturen und Sexismus sehr langsam an. Für viele Feminist*innen ein Grund, sich unabhängig von den Männern zu organisieren. Andere Frauen kämpften lieber mit ihren männlichen Genossen weiter.

1986 bei der Vereinsgründung des vdä (damals noch ohne *) haben es die Ärztinnen immerhin explizit in den Namen und selbstverständlich auch in den Vorstand des vdä geschafft. Auch mit der Namensänderung vor zwei Jahren haben wir zwar die binäre Geschlechterteilung aufgegeben, doch das zweite ä im Akronym beibehalten, weil vdä* für die »Alten« im Verein wieder an Zeiten der Idä erinnert hätte, wo man die Frauen noch explizit weggelassen hatte. Das lästige Stolpern über Umlaute und Sonderzeichen kann uns deshalb wandelnde Kämpfe um Sichtbarkeit vor Augen führen.

Am Ende gibt es noch vieles, über das ich mit den tollen Frauen noch gerne gesprochen hätte. Viele spannende Themen, die Raum für Doktorarbeiten lassen würden, haben wir in unseren Gesprächen nur angeschnitten. Sicher ist, dass es sich lohnt, die politischen Biografien und Erfahrungen unserer Vorstreiter*innen, egal welchen Geschlechts, näher kennenzulernen.

Kritische Medizin ist ...

Es gibt heute eine Vielzahl von Initiativen, Organisationen und Personen, die sich kritisch mit Medizin und Gesundheitssystem auseinandersetzen. Obwohl es nicht unbedingt allen bewusst ist, bewegen sich viele dabei in der Tradition der Kritischen Medizin in Deutschland.

Am Samstag haben wir einige Menschen, die sich wissenschaftlich, politisch oder ganz praktisch engagieren, eingeladen, uns ganz kurz ihre Arbeit vorzustellen. Für die Zeitschrift haben wir sie gefragt, was kritische Medizin für sie ist.

Paul Brettel,
geschäftsführender Vorstand vdää*



Kritische Medizin stellt das gesellschaftliche Interesse an bestmöglicher Gesundheit und Gesundheitsversorgung für alle über die Partikularinteressen einzelner Berufsgruppen und profitorientierter Akteure.

Im Rahmen meiner politischen Arbeit geht es mir darum, zu den Trouble-Makern unter den Ärzt*innen zu gehören.

Andreas Wulf, medico International,
erweiterter Vorstand vdää*



Kritische Medizin ist für uns bei medico international die Erkenntnis, dass Gesundheit von viel mehr abhängt als nur von der Medizin

Im Rahmen unserer Arbeit geht es uns um die solidarische Unterstützung von Menschen und Partnern, die für das Recht auf Gesundheit für Alle an jedem Ort eintreten und die Bedingungen bekämpfen, die diesem Recht entgegenstehen.



Norbert Donner-Banzhoff
Institut für Allgemeinmedizin,
Philipps-Universität Marburg



Kritische Medizin ist für mich nicht zuletzt, Überdiagnose und Überversorgung zu identifizieren. Überversor-

gung vergeudet personelle und finanzielle Ressourcen – das können wir uns gar nicht leisten! Hinzu kommt, dass unnötige Untersuchungen die Menschen verunsichern, ängstigen, aber auch physisch verletzen können.

Im Rahmen meiner wissenschaftlichen Arbeit helfen mir dabei vor allem klinische Studien, mit denen wir heute viel besser als vor 30 oder 40 Jahren beurteilen können, ob ein Medikament oder ein Eingriff wirksam und sicher sind. Mit der Evidenzbasierte Medizin haben wir einen kritischen Maßstab, damit wird das Wissen auch jenseits enger akademischer Zirkel zugänglich.

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin aktualisiert regelmäßig ihre Leitlinie zum »Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden«:



Kirsten Schubert
GeKo Berlin, Polikliniksyndikat



Kritische Medizin heißt für mich: Ein klares Bekennen zu non-profit und pro-Mensch. Für den ambulanten Bereich: Interprofessionelle Teams auf Augenhöhe planen gemeinsam mit den Patient*innen nachhaltige Behandlungspfade – lebensweltbezogen, bio-psycho-sozial, evidenzbasiert.

Bei unserer Arbeit geht es darum, solidarische Stadtteil-Gesundheits-Zentren in Deutschland aufzubauen. Mittlerweile gibt es acht Mitgliedsgruppen, davon drei bereits laufende Zentren. Zehn weitere Gruppen sind bereits aktiv und streben die Mitgliedschaft an. Die Poliklinik Veddel in Hamburg und das Geko in Berlin erhalten ab Juni 2024 eine Förderung durch den Innovationsfond: eine Chance für unser Konzept auf dem Weg in die Regelversorgung.



Kritische Medizin Marburg



Kritische Medizin heißt für uns besonders, dass wir uns mit Themen auseinandersetzen, die im Studium und in der Lehre unterrepräsentiert sind.

Im Rahmen unserer Arbeit ist es uns wichtig, schon im Studium Menschen für gesundheitspolitische Themen zu sensibilisieren.

Hier geht's zum Instagram Kanal der Gruppe:



Chrissi Bachelier,
Medibüro Hamburg und Tübingen,
geschäftsführender Vorstand vdää*



Kritische Medizin ist für mich die Grundlage einer guten medizinischen Praxis.

Im Rahmen meines Engagements für das Medibüro und den vdää* geht es mir darum, in der Gesundheitspolitik über den Tellerrand zu gucken, unterschiedliche Perspektiven zu betrachten und als Multiplikatorin zu fungieren. Insbesondere beim Medibüro konnte ich praktische und theoretische Arbeit gut miteinander verbinden und gezielt Menschen einen Zugang zur medizinischen Versorgung ermöglichen. Die vielseitigen Diskussionen haben mich menschlich sowie politisch sehr geprägt.



Lelia,
Initiative It's not Vivantastic, Berlin



Kritische Medizin bedeutet für uns im eigenen Handeln und Handlungsspielraum sowie im eigenen Umfeld anzufangen mit Impulsen zur Veränderung.

Wir wollen unsere Arbeitsbedingungen im Krankenhaus verbessern, um eine bessere Patient*innenversorgung gewährleisten zu können. Damit eine hochwertige und menschliche Medizin möglich ist, brauchen wir vor allem ausreichend und gut ausgebildetes Personal.

Abgedriftet

»Ganzheitliche Medizin« und die Folgen für die kritische Medizin

Nadja Rakowitz

Dieser Text ist die ausgearbeitete Fassung eines Vortrags unter dem gleichen Titel, der beim Gesundheitspolitischen Forum von vdää* und Solidarisches Gesundheitswesen gehalten wurde. Unser Panel zur »Kritischen Medizin seit 1973« war inhaltlich und dramaturgisch eingebettet zwischen eine Veranstaltung über den Marburger Kongress von 1973 zum Thema »Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt« und ein Panel zu aktuellen Projekten der Kritischen Medizin. Der Text konzentriert sich deshalb auf die Entwicklung in den 1980er Jahren und auf ein paar methodische Aspekte und deren politische Implikationen.

Hier geht es darum, wie aus der Fragestellung »Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt« in der dann sich konstituierenden Gesundheitsbewegung ein großer Teil der Bewegung abgedriftet ist in unpolitische, individualistische, teilweise esoterische, mystische Vorstellungen von Gesundheit. Viele Menschen in dieser Bewegung hantierten mit dem Begriff der »Ganzheitlichkeit«, der so präsent war, dass es einige Texte aus dieser Zeit gibt, die sich mit der Ganzheitlichkeit in der Medizin als Chiffre für ihr Abdriften beschäftigen. Ich beziehe mich hier vorrangig auf das sehr empfehlenswerte Buch von Renate Jäckle: »Gegen den Mythos ganzheitliche Medizin« von 1985¹ und den ebenso lesenswerten Aufsatz von Hagen Kühn: »Glanzvolle Ohnmacht. Zum politischen Gehalt des Ganzheitlichkeitsanspruchs in der Medizin« von 1989² sowie als Grundlage auf Uli Deppes Standardwerk »Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar«³.

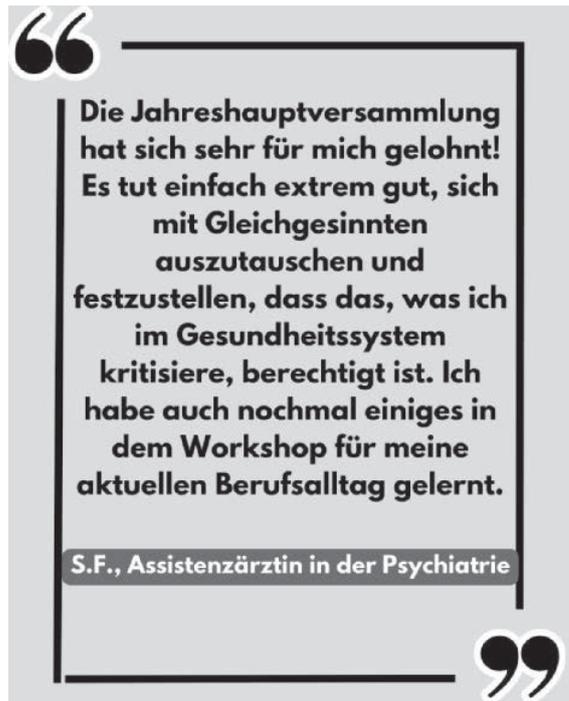
Renate Jäckle beschreibt den ersten Gesundheitstag im Mai 1980 in Berlin. Dieser ist auch entstanden aus der linken kritischen Gesundheitsbewegung, die sich nach dem Marburger Kongress gebildet hat. Initiiert wurde der Gesundheitstag als Gegenveranstaltung zum 83. Deutschen Ärztetag, der ebenfalls in Berlin tagte. Dieser erste von der Opposition organisierte Gesundheitstag war mit über 10.000 Teilnehmer*innen (Deppe: S. 202) sehr gut besucht. Das Thema war: »Medizin und Nationalsozialismus, tabuisierte Vergangenheit, ungebrochene Tradition?« und als Reaktion auf das 35-jährige Schweigen der organisierten deutschen Ärzteschaft zur Nazi-vergangenheit der deutschen Ärzt*innen gedacht. Um einen Eindruck zu bekommen, wie dort diskutiert wurde, zitiere ich Karl-Heinz Roths Rede vom Eröffnungspodium: »Für die Diskussion ist jedoch die Frage der Alternative zum Heute und zum Gestern ein konkretes Problem. Ich will einige Punkte nennen, die ich für wichtig halte. Erstens: Auflösung der Ärztekammer; zweitens: Auflösung der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands, wobei das gesamte Kostensystem für die niedergelassene Kassenärzte ins Wanken gerät; drittens: Auflösung aller staatlichen Strukturen des Gesundheitswesens, die 1934 eingeführt wurden, von den Gesundheitsäm-

-
- 1 Renate Jäckle: Gegen den Mythos ganzheitliche Medizin, Hamburg 1985
 - 2 Hagen Kühn: Glanzvolle Ohnmacht. Zum politischen Gehalt des Ganzheitlichkeitsanspruchs in der Medizin, in: Der ganze Mensch und die Medizin, Argument-Sonderband 162, Hamburg 1989, S. 111-128
 - 3 Hans-Ulrich Deppe: Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar. Zur Kritik der Gesundheitspolitik, Frankfurt/Main 1987

tern bis zu den Landesversicherungsanstalten. Und dann kommt – ich sage das bewußt so provokativ, um einmal klar zu machen, was es bedeutet, wenn wir hier über den Nationalsozialismus sprechen, und was es dann bedeutet, konsequent auch die Machtstrukturen anzugehen – die Frage der Auflösung aller Zentralisierungen im Gesundheitswesen, z.B. die Auflösung aller psychiatrischen Landesanstalten. Das alles ist Voraussetzung für eine positive Alternative zum heutigen Gesundheitswesen.« Sepp Graessner sieht ergänzend in dem 1980 vom Ärztetag verabschiedeten Positionspapier, das eine Kostenbeteiligung der Patient*innen fordert, eine Kontinuität zur NS-Medizin. (Jäckle: S. 34f.)

Die Forderung nach Kostenbeteiligung der Patient*innen ist inzwischen bei einigen wenigen Leistungen umgesetzt und sie fällt Ärzt*innen und vor allem der organisierten Ärzt*innenschaft bis heute immer mal wieder als »Lösung« ein. Wir kritisieren das entsprechend immer wieder, aber diese Linie ziehen wir nicht. So war der Duktus und die inhaltliche Beschreibung der Lage 1980 in der kritischen Gesundheitsbewegung. Während 1980 noch ein Manifest der politischen Opposition gegen die herrschende Standes- und Gesundheitspolitik veröffentlicht wurde und dies vom Gegner auch so zur Kenntnis genommen wurde, waren die Atmosphäre und die Inhalte beim nächsten Gesundheitstag in Hamburg 1981 schon weitgehend ins Unpolitische gekippt: Das Programm bestand aus einem Sammelsurium von alternativen Heilkonzepten, von Selbstdarstellungen von Selbsthilfegruppen aller möglichen Couleur, zu einem »Jahrmarkt der Möglichkeiten, auf dem Kleinhändler ihre Ware feilboten«. Diskussionen zu »großen Fragen« der Gesundheitspolitik, also explizit politische Diskussionen und Versuche einiger Unermüdlicher, Standort und Perspektiven der Gesundheitsbewegung zu bestimmen, seien »als langweilig und nervig empfunden worden«, so zitiert Jäckle A. Cassebaum (Jäckle: S. 36).

Vorausgegangen war diesem 2. Gesundheitstag die Veröffentlichung eines symptomatischen Buchs, so Renate Jäckle: »Gemeinsam sind wir stärker, Selbsthilfegruppen und Gesundheit« von Ilona Kickbusch und Alf Trojan. Dort schreiben die Beiden: »... die vielfältigen Selbsthilfegruppen haben mit dieser Arbeit begonnen, ohne daß sie die Anleitung durch bewußte Gesellschaftsveränderer gebraucht hätten, sie ließen sich schlicht etwas einfallen und handelten« (zitiert nach Jäckle: S. 35f.). Jäckle interpretiert das als eine Trennung von Theorie und Praxis, die der unreflektierten Praxis, dem »einfachen Anfangen« die Priorität gibt. Dass dies die gekippte Stimmung zum Ausdruck bringt, macht sie auch daran fest, die »Selbstdarstellungen alternativer Heilkonzepte schon rein zahlenmäßig in einer erdrückenden Übermacht« gewesen sind (Jäckle: S. 36)



Ich würde dies als eine Form von Theoriefeindlichkeit ansehen, die auch in unseren heutigen Projekten bisweilen mal aufschimmert, wenn auch nicht in dieser Mächtigkeit, wie das bei den Gesundheitstagen der Fall war. Heute haben solche Positionen andere Begriffe, einen anderen »Sound«: Als eines der Poliklinikprojekte einen Wellness- und Schminkworkshop für FLINTA anbot und ich kritisierte, dass man damit ein Frauenbild wie zu Zeiten meiner Großmutter reproduziere, und vorschlug, doch etwas intellektuelleres anzubieten, wurde mir geantwortet, dass man von dieser Art »Bildungsklassismus« wegkommen wolle. Bildung wird hier also nicht als Chance auf Erkenntnis und damit Kritikfähigkeit angesehen, sondern als Moment »klassistischer Diskriminierung« – und zwar unter uns solidarisch Verbundenen. Ich bin froh, dass das eher eine Ausnahmeerfahrung ist und ich im Rahmen des vdää* viel öfter das Gegenteil erfahre, nämlich einen großen Wissensdurst, den wir gemeinsam in verschiedenen AK zu stillen versuchen.

Die Gesundheitsbewegung hatte schon zwischen 1973 und 1980 Tendenzen, wie Uli Deppe das ausdrückt, zu »Flucht, zur Verweigerung und Ablehnung von professioneller Medizin und mit ihrer Konzentration auf Chemotherapie, Organmedizin«, die gemündet sei in einen »Prozeß der Suche nach alternativen Heilmethoden, die »ganzheitlich« und »naturgemäß« mit Krankheit umgehen. Dies führt zu einer starken öffentlichen Aufwertung volks- und naturheilkundlicher Methoden sowie der Homöopathie, die von der Schulmedizin eher geringgeschätzt werden, und zu mehr oder minder fragwürdigen intuitiven suggestiven und teilweise sogar mystisch-religiös gefärbten Heil- und Behandlungsmethoden, die auf



einem wuchernden Markt der Möglichkeiten feilgeboten werden.« (Deppe: S. 169f.) Bei den Gesundheitstagen in Hamburg und dann auch in Bremen 1984 trat dies offen zutage. (Jäckle: S. 37).

Hagen Kühn beschreibt diese Entwicklung so: »Der Irrationalismus ist nicht ausschließlich die Domäne des deutschreaktionären Lagers. Die seit Mitte der siebziger Jahre anwachsende wirtschaftliche, soziale und ökologische Unsicherheit wurde und wird vom ideologischen Mainstream mit dem liberalen Gestus des ›anything goes‹ aufgegriffen. Postmoderne Beliebigkeit (›Pluralität‹), von der allerdings die Sphären von Kapital und Macht ausgenommen sind, verdrängt Kausalität und Vernunft ... Die realen Widersprüche, unter deren Auswirkungen man leidet, werden ›geistig‹ überwunden, politische Praxis wird – wenn überhaupt – zum symbolischen Aktionismus. New Age-Denken mit seiner harmonieverheißenden Terminologie, Begriffe wie ›Ganzheitlichkeit‹, ›Natur‹ (ausgestattet mit den Zügen einer ›freundlichen Muttergottheit‹, Bopp 1987) mischen sich oft sonderbar mit irrationaler Subjektivität und rigorosem Allgemeinverbindlichkeitsanspruch.« (Kühn: S. 112) Der gesundheitliche Ganzheitlichkeitsanspruch sei besonders heftig in diesen Konflikt verwickelt.

Uli Deppe macht noch auf einen anderen Aspekt aufmerksam: »Die Hinwendung zu einer solchen ›Außenseitermedizin‹ ist keineswegs neu, sie gehört zum traditionellen Alltag der praktischen Medizin. In ihr kommt zum Ausdruck, daß die Bedürfnisse der Betroffenen nur unzureichend befriedigt werden können, was einerseits durch die bestehenden Formen der herrschenden Medizin bedingt ist, andererseits aber auch durch Erwartungen und Ansprüche an eine Krankheitslehre, die die Möglichkeiten von Medizin weit überschätzen und damit an der Medikalisation gesellschaftlicher Sachverhalte unkritisch Vor-schub leisten.« (Deppe: S. 169)

Will man den Ansatz von Ganzheitlichkeit wohlwollend betrachten, dann ist er zunächst als Kategorie der Negation zu sehen: Es ist eine Reaktion auf die Industrialisierung der Medizin, auf die Objektivierung, also auf das Den-Menschen-zum-Objekt-Machen, auf die kleinteilige Aufteilung des Menschen in verschiedene Organe, also

auf eine vermeintlich durchrationalisierte Medizin, die immer wieder seit dem späten 19. Jahrhundert und damals im Zusammenhang mit der Homöopathie als »Schulmedizin« (oft synonym gebraucht mit »Staatsmedizin«) (Jütte: S. 34) denunziert wird. Renate Jäckle kritisiert wiederum diese Kritik an der »Krise der Schulmedizin«, da sie Inhalt und Form verwechsle: »Hierbei handelt es sich allerdings weniger um eine Krise ›der‹ Schulmedizin sondern eher um eine Krise des Gesellschaftssystems, in welchem Schulmedizin praktiziert wird... ›Die‹ Apparatemedizin ist eine Medizin, die nach den gleichen Mechanismen funktionieren muß, wie alles in der Gesellschaft. Oft sind es nicht ›die‹ Apparate, die die Medizin unmenschlich machen, sondern die Art und Weise, wie sie eingesetzt werden.« (Jäckle: S. 59) Und Hagen Kühn verallgemeinert: »Nicht die technische und kapitalökonomische Instrumentalisierung der Vernunft, sondern Rationalität schlechthin wird für die Krisen verantwortlich gemacht.« (Kühn: S. 112)

Damit will ich mich noch kurz Frage zuwenden, welches »Ganze« der jeweiligen Ganzheitlichkeit zugrunde liegt, welche theoretischen/politischen Voraussetzungen und Implikationen das hat und in welcher Tradition das steht. Die wohl am meisten verbreitete Variante von ganzheitlichen Ansätzen ist individualistisch; dabei gibt es Rationales und Irrationales. Beide unterstellen als das Ganze bloß das Individuum – und zwar ein individualistisch verkürztes, aber immer noch rational verstandenes Individuum. Mit diesen zieht man sich in – sehr oft nicht von der Gesetzlichen Krankenkasse bezahlte – Nischen des Gesundheitssystems zurück, macht Naturheilkunde oder arbeitet mit ganzheitlichen sprechenden Ansätzen, die zum Teil auch psychosomatische sind. Darunter sicher viele Sinnvolles, aber so kritisieren es zumindest Jäckle, Deppe und Kühn, ohne politische Perspektive auf Gesellschaftsveränderung, sondern mit ausschließlichem Blick auf das Individuum. Ein aktuelles, sicher typisches Beispiel begegnete uns bei unserer Redaktionsarbeit: Uns hatte eine Heilpraktikerin für Psychotherapie mit intersektionalem Ansatz einen Text angeboten, in dem sie behauptete, wem es – dank ihrer Therapie – gelinge zu verstehen, dass »Machtstrukturen aus strukturellen Gründen (und eben nicht aus persönlichen oder individuellen) wirken«, habe »eine reelle Chance auf ein gesundes Leben in einem krankmachenden System.« Das stellt unser Gesundheitsverständnis geradezu auf den Kopf: Das Wissen um die Machtstrukturen in einem krankmachenden System mag dazu beitragen, besser mit dem eigenen Leid umgehen zu können. Damit ist man aber noch lange nicht gesund. Der ausschließlich individualisierende Zugang verdeckt letztendlich den Blick auf die krankmachenden sozialen Strukturen und ihre Bekämpfung.

Das liegt meines Erachtens nah bei Mediziner*innen, deren Ausbildung und ganze Praxis darauf ausgerichtet ist, sich mit dem Individuum zu beschäftigen und nicht mit der Gesellschaft. Von daher kommt mutmaßlich auch eine Affinität zu individualistischen Lösungsstrategien. Spätestens in der Corona-Pandemie wurde noch mal augenscheinlich, wie wenig Ahnung nicht explizit epidemio-

logisch ausgebildete Ärzt*innen von Gesellschaft und Epidemiologie haben – was viele aber nicht daran hinderte, sich öffentlich, aber doch relativ kenntnislos zu äußern.⁴

Eine andere Variante der individualistischen Ganzheitlichkeit diskutiert das zugrunde liegende Individuum vermeintlich »in all seinen Dimensionen«, womit dann auch z.B. ein »kosmische«, »übersinnliche«, mystische, spirituelle etc. Dimensionen einbezogen werden – woher immer sie etwas über diese »wissen« können. Zu solchen Ansätzen zähle ich explizit auch anthroposophische und homöopathische Ansätze, die einerseits metaphysische Grundlagen haben und sich andererseits strikt auf das Individuum beziehen – und meistens privat abgerechnet werden und damit auch nur bestimmte gesellschaftliche Schichten ansprechen. Diese irrationalen Formen von vermeintlicher Analyse, Diagnose und Therapie von Individuen haben auch wegen ihrer Irrationalität eine potentielle Offenheit hin zu rechten Medizin- bzw. Heilsvorstellungen. Das haben wir auch in der Corona-Pandemie unter manchen Querdenker*innen gesehen, wobei ich nicht sagen will, dass alle diese Querdenker*innen politisch rechts waren. Unsere historische Erfahrung zeigt aber, dass diese Art Ganzheitsvorstellungen schon öfter politisch nach rechts gekippt sind.

Denkt man Ganzheitlichkeit von rechts, dann liegt dem eine nicht-individualistische bzw. nicht-liberale Vorstellung zugrunde. Das Individuum ist eingebettet in ein größeres Ganzes, das in Deutschland in der Regel als völkisch konzipiertes »Volk«⁵ unterstellt ist, also eine rassistische Vorstellung, oft gepaart mit einem ideologischen Begriff von Natur. Wie schützenswert das einzelne Individuum – zumal, wenn es nicht zum »Volk« gezählt wird – dann noch ist, hat sich auf mörderische Weise historisch im NS gezeigt⁶. Wie wenig Hilfe man von den Ärzt*innen (oder auch von den Heilpraktiker*innen) erwarten konnte, ebenfalls. Deren Verstrickung mit dem Nationalsozialismus ist auch dank der Bemühungen von Vertreter*innen der kritischen Medizin inzwischen gut aber noch nicht ausreichend aufgearbeitet worden. Das ist inzwischen auch Konsens in Kammern und KVen – noch. Die Frage, warum wir in vermeintlichen Krisensituationen gerade unter Mediziner*innen immer wieder die Tendenz sehen, für rechte Vorstellungen einschließlich Antisemitismus empfänglich zu sein, müsste – auch angesichts aktueller Entwicklungen – weiter und genauer erforscht und diskutiert werden.⁷

4 Vgl. Thomas Kunkel / Nadja Rakowitz: Die Halbgötter müssen verrückt sein, in: Konkret 02/2021

5 Volk meint hier also nicht das, was in »Volkssouveränität« steckt und demokratisch universalistische, antibourgeoise Implikationen hat, wie das in anderen Sprachen üblich ist: the people, le peuple, il popolo, el pueblo etc.

6 Zur neuen Deutschen Heilkunde und dem Konzept der Ganzheitlichkeit vor und im NS, siehe: Robert Jütte: Geschichte der Alternativen Medizin. Von der Volksmedizin zu den unkonventionellen Therapien von heute, München 1996 – Hier besonders interessant das Kapitel: »1.7 ›Ganzheitsmedizin‹ kontra ›technische Medizin‹ (1945-1995)«, S. 42-65

7 Siehe: Felix Ahls / Thomas Kunkel / Nadja Rakowitz / Bernhard

Schlüsse

Renate Jäckle greift am Schluss ihres Buches das Stichwort Ganzheit noch mal auf, wie es Fritjof Capra, in den 80ern der große Vordenker für das Ganze in seinem Bestseller »Wendezeit« diskutiert: »alle Phänomene – physikalische, biologische, psychische, gesellschaftliche und kulturelle – (sind) grundsätzlich miteinander verbunden und voneinander abhängig (...). Wir sind untrennbare Teile des Kosmos, in den wir eingebettet sind.« In der »Materie, in den Pflanzen, in den Tieren und in mir«, so referiert Jäckle Capra, wirke »derselbe Geist«. Dazu schreibt sie weiter: »Alles hängt mit allem zusammen, und zuletzt gibt es keine Mächtigen und keine Ohnmächtigen mehr, sondern nur noch ›die‹ Menschheit als Ganzes, eingebettet in den Kosmos. Diese Sicht der Wirklichkeit führt zur Entpolitisierung der Menschen; jeder ist mit jedem und allem vernetzt, und schließlich sind alle irgendwie gleich schuldig oder unschuldig. Der Arbeitslose und Herr Bangemann; der Sozialhilfeempfänger und der Millionär; der Schichtarbeiter und der Unternehmer; diejenigen, die die Macht haben, um die Bombe bauen zu lassen, und diejenigen, über deren Köpfen sie abgeworfen wird. Alle sind gleichermaßen verantwortlich und jegliche Unterschiede sind aufgehoben.« (Jäckle: S. 171)

Ähnlich wie oft in heutigen Debatten, z.B. zum menschengemachten Klimawandel, geht hier die Herrschaftsstruktur der Gesellschaft, ihr Klassencharakter tendenziell theoretisch verloren, der geschichtslose »Mensch« scheint das Problem. Die zugrunde liegende kapitalistische Produktionsweise gerät aus dem Blick. Renate Jäckle schreibt weiter: »Es ist deshalb wichtig, wieder ein bißchen Klarheit und Theorie, um nicht zu sagen Vernunft, in all die vernetzten Strukturen zu bringen. Das Leben in der BRD (...) ist Mitte der achtziger Jahre für Millionen Menschen unbarmherzig und sehr hart, und alle Zeichen sprechen dafür, daß sich die Situation rapide verschlechtern wird. In einer unbarmherzigen Gesellschaft läßt sich aber ›ganzheitliche‹ Alternativmedizin allenfalls in Nischen betreiben. Wer eine andere, bessere Medizin für viele Menschen will, der muß versuchen (...) die Gesellschaft zu verändern. Er muß die machtpolitischen und wirtschaftlichen Strukturen in Frage stellen, den ungleich verteilten

Winter: Wehret den Anfängen. Über den Umgang mit antisemitischen Kommentaren im Deutschen Ärzteblatt, in: Gesundheit braucht Politik, 1/2020, <http://gbp.vdaae.de/index.php/183-2020/2020-1/1263-gbp-1-2020-ahls-kunkel-rakowitz-winter>; Karoline Wagner: Erkennen und Widersprechen. Antisemitismus in der Medizin, in: Gesundheit braucht Politik, 3/2020, <https://gbp.vdaae.de/index.php/185-2020/2020-3/1304-gbp-3-2020-wagner>

Reichtum, die Ausbeutung der Menschen, die ihre Arbeitskraft verkaufen müssen, und die schließlich ausgelaugt und verschlissen von einer Minirente leben. Hier muß angesetzt werden«. (Jäckle: S. 171f.)

Hagen Kühn schlägt aus der gleichen Perspektive vor, Ganzheitlichkeit anders zu betrachten: Entscheidend sei die Frage, wie der Begriff der Ganzheitlichkeit »zur ›materiellen Gewalt‹ wird, ob die ihm zugrunde liegenden Widersprüche nach ihrer produktiven oder destruktiven Seite hin überwunden werden. Fördert also die Diskussion um Ganzheitlichkeit die Erkenntnis-, Handlungs- und Politikfähigkeit der Menschen, lernen sie somit, diesen Anspruch mit ihren gesellschaftlichen Interessen in Zusammenhang zu bringen und zu realisieren oder dient das ›Zauberwort Ganzheitlichkeit‹ (Jäckle) letztlich doch dazu, die mit Gesundheit, Krankheit und Tod verbundenen Wünsche und Ängste ursprungsmythisch (auf Blut, Natur,

Rasse, Geschlecht usw. bezogen) zu erklären und herrschaftlich zu integrieren?« (Kühn: S. 112)

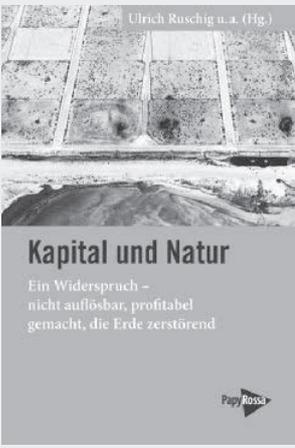
Zu lernen sei von Marx, »daß die Medizin nicht zuletzt Ausdruck und Bestandteil des Herrschaftsgefüges der Klassengesellschaft und ihrer Machtkonstellationen ist und kein isoliertes Verhältnis zwischen ›Professionalk‹ und Patient. Die Subjektivität des Kranken jedoch erfordert – im wissenschaftlichen wie im diagnostischen und therapeutischen Prozeß – eine darüber hinausgehende Selbstreflexion, in der berücksichtigt wird, daß die Position der Ärzte im Herrschaftsgefüge sich nicht nur im Status, in der (delegierten) Macht über den Patienten und im Einkommen, sondern auch in Persönlichkeit und Habitus niederschlägt ... Der Ganzheitsanspruch ist also um ein Linsengericht nicht einzulösen. Die Subjektivität des Kranken äußert sich dem Arzt nur in gehörigem Abstand von Herrschaft und Verfügbarkeit. Wie aber sollte dieser Abstand

anders herstellbar sein als durch soziale Opposition?« (Kühn: S. 116)

In der Konsequenz heißt das, alternative gute Medizin, »ganzheitliche« Medizin kann nur praktisch werden, wenn man im Blick hat, die ganzen Verhältnisse zu ändern.

Zum Schluss macht Hagen Kühn noch einen diskussionswürdigen Seitenhieb auf den Marburger Kongress. Seine These ist, dass es in den 70er Jahren im Umfeld des Marburger Kongress und in den Folgen sehr gute objektive politökonomische Analysen des Gesundheitswesens und der Zusammenhänge von Ökonomie, Politik und Gesundheit gab usw. Doch zugleich sei teilweise vergessen worden, die Patient*innen als Subjekte zu diskutieren und auch die eigene Subjekthaftigkeit als Ärzt*innen eingebettet zu sehen in den kapitalistischen Zusammenhang. Dies habe mit zur subjektivistischen Wende beigetragen: »Da sich nun aber die gesundheitspolitische Linke nicht hinreichend und gründlich genug der subjektiven Seite der Krankheit und damit dem Kranken als Subjekt zugewandt hatte, war sie außerstande, der Subjektivierung von Krankheit und dem Narzißmus der ›Therapie-Gesellschaft‹ (Kursbuch 82, 1985) argumentativ entgegenzuwirken. Nachdem die ›objektive‹ Seite der Verhältnisse seit Ende der 70er Jahre verfestigt und versteinert zu sein scheint, lassen sich auch auf dieser Seite entpolitizierende Reaktionsweisen beobachten.« (Kühn: S. 116)

Die objektivistische linke Diskussion hatte dem Subjektivismus als dem abstrakten Gegenteil nichts entgegengesetzt. Unsere Diskussion heute und die Diskussionen in den Polikliniken scheinen mir hier etwas weiter und reflektierter. Aber auch heute ist diese kritische Selbstreflexion kein Selbstläufer. Die Gefahr des Abdriftens besteht nach wie vor.



**Hans-Georg Bensch
Sabine Hollewedde
Ulrich Ruschig (Hg.)**

KAPITAL UND NATUR
**Ein Widerspruch –
nicht auflösbar,
profitabel gemacht,
die Erde zerstörend**

Paperback
160 Seiten | € 18,00
ISBN 978-3-89438-818-8

Verdeckt das Schlagwort vom ›menschengemachten Klimawandel‹ nicht Ursachen, die in gesellschaftlichen Herrschaftsverhältnissen liegen? Lässt sich, wer für Ursachen der Katastrophe verantwortlich ist, mit deren Überwindung beauftragen? Mit Beiträgen von Judith Dellheim, Klaus Dörre, Nadja Rakowitz, Ulrich Ruschig, Annette Schlemm, Christian Stache u. a.

PapyRossa Verlag
www.papyrossa.de

Nadja Rakowitz ist Soziologin und arbeitet in der Geschäftsstelle des Vereins demokratische Ärzt*innen, macht Bildungsarbeit für die Gewerkschaft ver.di und die RLS.

Steckengeblieben

Marsch durch die Institutionen

Bernhard Winter

Die Ärztekammern und insbesondere die Landesorganisation sind auch auf dem Marburger Kongress 1973 vielfältig kritisiert worden. Zusammenfassend wurde beschrieben, dass dem Ständischen immanent sei, »gegen gesellschaftlichen Fortschritt und Entfaltung der Demokratie gerichtet« zu sein.

Das Aktionsprogramm des Initiativ Ausschusses, der den Kongress vorbereitete, forderte daher auch:

Eine freiwillige Mitgliedschaft statt Pflichtmitgliedschaft in den Ärztekammern, die Berufsgerichtsbarkeit solle in die allgemeine Rechtspflege überführt und die Fort- und Weiterbildung öffentlich geregelt und kontrolliert werden

Die Umsetzung dieser Forderungen wäre de facto einer Auflösung der Kammern gleichgekommen. Für die Auflösung der Ärztekammern und auch der KVen gab es damals zahlreiche Argumente – nicht zuletzt ihr damals vollkommen ungebrochenes Verhältnis zur NS-Vergangenheit.

Aber was tun, wenn man Zwangsmitglied ist und nicht die politische Macht hat, die Ärztekammern aufzulösen? Zahlreiche linke Ärztinnen und Ärzte versuchten in dieser Situation tiefer in die Kammern einzudringen, sich wählen zu lassen, politische Ämter zu besetzen, um darüber die Kammern zu verändern. Wenn wir nicht rauskönnen, müssen wir reingehen, war die Devise. Zumindest was das Eindringen und Besetzen von politischen Ämtern in den Kammern angeht, war die Ärzteopposition recht erfolgreich. Als erste Liste gelang es der hessischen *Liste Demokratischer Ärzte LDÄ* 1976 mit 10,6% der Stimmen in die Kammer einzuziehen. In den folgenden Jahren zogen auch in allen anderen Ärztekammern der alten BRD – mit Ausnahme Schleswig-Holsteins – oppositionelle Listen ein. In manchen Kammern konnten sie ihre Position in den folgenden Wahlen ausbauen und wurden stärkste Fraktion (Hessen, Hamburg, Berlin ...). Diese Entwicklung blieb allerdings auf die alte Bundesrepublik beschränkt. In den neuen Bundesländern haben sich nie oppositionelle Listen etablieren können. 1987 wurde Ellis Huber als Vertreter der *Fraktion Gesundheit* in Berlin erster und bisher einziger Ärztekammerpräsident, der von einer oppositionellen Liste gestellt wurde. Auffallend ist weiterhin aber auch, dass es im KV-Bereich nie eine relevante linke Opposition gab. Offensichtlich sehen auch linke Niedergelassene ihre

ökonomischen Interessen durch professionelle Berufsverbände besser vertreten.

Was waren Inhalte und Ziele der oppositionellen Listen? Zentral waren die Demokratisierung der Kammern mit transparenten Strukturen und finanziellem Gebaren, sowie die Aufarbeitung der Rolle der verfassten Ärzteschaft in der NS-Zeit. Wichtig waren weiterhin die Ablehnung einer kommerzialisierten Medizin und Förderung solidarischer Strukturen im Gesundheitswesen sowie Streichung des § 218 und Gleichberechtigung von Ärztinnen. Die Militarisierung des Gesundheitswesens wurde abgelehnt. Umweltmedizin sollte in der Weiterbildung etabliert werden.

Dies sind nur einige Beispiele. Weitere Forderungen der Friedens-, Anti-AKW- und Frauenbewegung wurden aufgenommen und in den Kammern diskutiert.

Kannte man die Landespolitiker bisher eher aus den Medien, so waren die Delegierten jetzt mit den meist männlichen Vertretern von Landesorganisation konfrontiert, die unverhohlen ihr reaktionäres Gesicht zeigten. Nicht wenige hatten eine NS-Vergangenheit. Von Anfang an wurden die oppositionellen Listen ausgegrenzt und an ihrem Mitwirkungsmöglichkeiten systematisch behindert. Dies änderte sich erst ganz allmählich.

Dennoch ist evident, dass sich die Kammern in den letzten 40 Jahren erheblich verändert haben. Die NS-Vergangenheit ist weitgehend aufgearbeitet. Der Anteil von Frauen als Delegierte oder in Funktionen ist deutlich gestiegen, wenn auch im Anteil noch nicht der Mitgliedschaft in den Kammern entsprechend. Umweltausschüsse gehören heute zum Standard. Viele Kammern vertreten heute in Fragen der medizinischen Versorgung von Geflüchteten vernünftige Positionen. Alle Kammern haben Menschenrechtsbeauftragte. Das Diskussionsklima in den Kammern hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich gewandelt. Auch werden auf dem DÄT zuweilen Anträge von oppositionellen Delegierten angenommen, i.d.R. aber nur dann, wenn ökonomische Interessen von Ärzt*innen nicht berührt werden.

Es wäre unverfroren, diese Änderungen ausschließlich auf das Wirken der Listen zurückzuführen. Andere Faktoren sind sicherlich entscheidender. Die Restaurationsphase der BRD wurde in den 70er Jahren abgeschlossen. Es folgte ein von den 1968ern ausgehender gesamtgesellschaftlicher Modernisierungsschub, der auch die Ärzteschaft miteinbezog. Die NS-Generation trat auch in den ÄK altersbedingt ab. Neoliberale Positionen wurden später in der Gesellschaft hegemonial und untergruben ebenfalls das Standesdenken. Die demokratischen Listen haben allerdings wichtige Diskursfelder zu Themen wie soziale Medizin, Menschenrechte, Medizin und Umwelt, pharmaanabhängige Fortbildung, Rassismus im Gesundheitswesen u.ä. eröffnet. Ämterfilz, Ämterhäufung und Patronage wurden angegangen. Das Zivilschutzgesetz, das eine Militarisierung des Gesundheitswesens beinhaltete, wurde auch über Initiativen in den Kammern verhindert. Diese Themen wurden oft hartnäckig und mit großem Engagement teilweise über Jahrzehnte verfolgt. Dies sollte bei aller Kritik keineswegs unterschätzt werden.

Auf der anderen Seite haben sich auch die Standesorganisation verändert. Am deutlichsten wird dies vielleicht am *Marburger Bund*, der aber dennoch weiterhin eine ständische Gewerkschaft geblieben ist. Die oppositionellen Listen dienten bei der Transformation dieser Verbände ungewollt als Katalysator, was die Themensetzung und die Demonstration eines anderen Politikstils anging.

Heute gibt es nur noch in einigen wenigen Kammern (Berlin, Hessen, Baden-Württemberg, München) Listen, die sich einer sozialen Medizin verschreiben. Oppositionell will man nicht mehr unbedingt sein. Konstruktive Mitarbeit ist gefragt. Dabei entsteht allerdings ein Anpassungs-sog seitens der Kammern, der mit Posten und Pöstchen sowie anderen Anerkennungen untermauert wird.

Dagegen ist der Kontakt der Listen zu sozialen Bewegungen wie der Krankenhausbewegung weitgehend verloren gegangen. Fundierte gesundheitspolitische Diskussionen finden eher selten statt. Das kritische Umfeld, das für uns früher selbstverständlich war, ist weggebrochen. Für die Liste in Hessen z.B. ist der vdää* kein Bezugspunkt mehr. Wie sich umgekehrt der vdää* nicht für die Listen interessiert.

War es das also mit linken Listen in den Ärztekammern? Wir schließen dieses Kapitel ab und wenden uns anderen, hoffentlich spannenderen Themen, zu.

Dafür sprechen zudem noch zwei weitere Beobachtungen: Erstens verlieren die Ärztekammern in der öffentlichen Wahrnehmung rapide an Bedeutung. Am augenfälligsten wird das an der medialen Berichterstattung über den *Deutschen Ärztetag*, die praktisch nicht mehr stattfindet. Hier ist keine Trauerarbeit angesagt. Weiterhin haben sich die Kammern mit ihrer standespolitischen Verbohrtheit in gesundheitspolitischen Fragen soweit isoliert, dass sie von politischen Entscheidern oftmals nicht mehr als Gesprächspartner wahrgenommen werden. Zweitens gibt es auch in anderen Organisationen, selbst wenn sie ständisch geprägt sind, zahlreiche Einzelpersonen, die in den Kammern vernünftige Arbeit leisten.

Auch wird die Haltung, das Kapitel Kammerarbeit zu beenden, durch eine linke Kritik am Parlamentarismus und einem daraus abgeleiteten Absentismus befördert. So richtig das alles ist, möchte ich dennoch eine andere Perspektive gegenüberstellen.

- Wir sind auf absehbare Zeit weiterhin Zwangsmitglieder in den Kammern. Warum sollten wir es zulassen, dass andere in unserem Namen ihre ständische Stimme erheben? Wenn auch diese Stimme nicht so bedeutungsvoll ist wie früher.
- Bei allgemeiner politischer Regression ist nicht zu erwarten, dass diese vor den Kammern halt macht. Ich habe nicht den Eindruck, dass der zivilisatorische Lack in den Kammern besonders dick aufgetragen ist. Sollen wir da den Rechten widerspruchsfrei das Feld überlassen?
- In den nächsten Jahren steht ein Umbau der ambulanten Versorgung an, dabei wird Interprofessionalität und wie sie organisiert ist, eine zentrale Rolle spielen. Wo ist außerhalb des Kammerrahmens der Ort zu erklären, welche Chancen dies für ein besseres Arbeiten von Ärzt*innen und eine bessere Patientenversorgung beinhaltet?
- Eine Remilitarisierung des Gesundheitswesens wird gerade propagandistisch zumindest in der hessischen Kammer vorbereitet. Sollen wir das einfach hinnehmen?
- Wer stärkt in den Kammern den Kolleg*innen den Rücken, die juristisch verfolgt werden, da sie sich vor kranke Menschen, die abgeschoben werden sollen, stellen?
- Wer hinterfragt kritisch die gängigen Positionen zur Klimakrise?

Dies sind aus meiner Sicht nur einige wenige Themen, wo Kammerarbeit für linke Politik hilfreich und sinnvoll sein könnte. Um es mit einem kommunistischen Klassiker zu sagen, es gibt noch viel Ständisches zu verdampfen. Ein Reload der Kammerarbeit ist aus meiner Sicht durchaus zu erwägen. Für mich persönlich wäre dabei unabdingbar, dass der Blick dabei auf ein anderes zukünftiges solidarisch verfasstes, partizipatives Gesundheitswesen gerichtet ist. Großartig wäre es, wenn die Listen wieder zu »Hechten im Karpfenteich« mutieren würden, um Winfried Beck zu zitieren.

Ein solidarisch-demokratisches, nicht kommerzielles Gesundheitswesen muss auf vielen Ebenen erkämpft werden, wenn es sein muss, auch in den Kammern. Lasst uns die Arbeitsfelder, in denen wir arbeiten, dialogisch eng verknüpfen und scheuen wir nicht die Mühen der Ebene.

Bernhard Winter ist Mitglied der Vorstände von vdää* und Solidarischem Gesundheitswesen sowie Delegierter in der Landesärztekammer Hessen

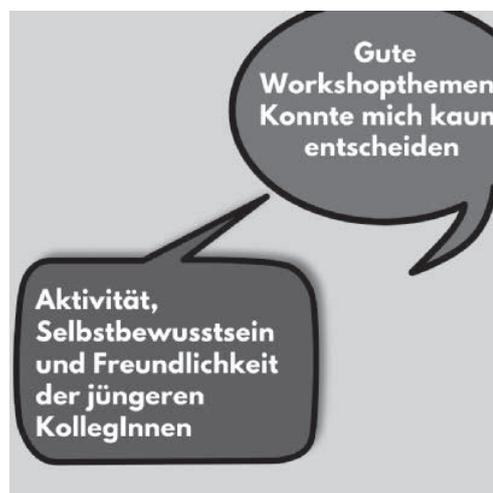
Von der Psychiatrie-Enquete bis heute

Carina Borzim

Um die Zeit des Marburger Kongresses hat sich gesundheitspolitisch in der Psychiatrie viel getan. So wurde bereits 1971 eine unabhängige Sachverständigen-Kommission zusammengestellt, die 1975 den »Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland« veröffentlichte, die Psychiatrie-Enquete. Es wurde von unhaltbaren, menschenunwürdigen Zuständen in den Psychiatrien berichtet und ein Forderungskatalog aufgestellt, wie diese Mängel zu beheben seien. Empfohlen wurde der Auf- und Ausbau eines bedarfsgerechten, gemeindenahen Versorgungssystems mit ambulanten und komplementären Diensten, die Koordination und Zusammenarbeit innerhalb der Versorgungssysteme und Standardversorgungsgebiete, der Aus- und Aufbau ambulanter Dienste und psychiatrischer Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern, die Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung, eine vorrangige Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher sowie Alkohol- und Suchtkranker und die Gleichstellung körperlich und seelisch Kranker in rechtlicher, finanzieller und sozialer Hinsicht.

Es wurden Reformen angestoßen, welche die psychiatrische Versorgung grundlegend verändert haben. Die damaligen psychiatrischen Anstalten wurden verkleinert, modernisiert und es wurden psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern eröffnet. Die Zahl der Betten ist von 1973 bis 2005 um über die Hälfte reduziert worden und die Verweildauer ist enorm gesunken. Haben in den 60er-Jahren viele Menschen noch mehrere Jahre in der Psychiatrie verbracht, so lag die durchschnittliche Verweildauer 2018 bei 23,8 Tagen. Ambulante und gemeindenahe Versorgungsstrukturen wurden aufgebaut.

Am 1. Januar 1991 trat die *Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV)* in Kraft, die Mindeststandards für die Personalausstattung der stationären Behandlung setzte. Die Finanzierung der Behandlung erfolgte über feste Tagespflegesätze. Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz von 2009 sollte dann unter anderem das Finanzierungssystem verändert werden. Aus den Tagespflegesätzen wurden an das Vorbild der DRGs angelehnte Tagespauschalen. Das *Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)* trat 2013 in Kraft und wurde unter anderem aufgrund großer Proteste von Beschäftigten und Fachgesellschaften in der Psychiatrie



und Psychosomatik und auch von vielen Organisationen, darunter auch der vdää*, 2016 revidiert. Aus landeseinheitlichen Tagesentgelten wurde ein Budgetsystem, in dem alle Kliniken einzeln ihren Basisfallwert verhandeln. Gleichzeitig wurde im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (Psych-VVG) 2016 auch die Personalausstattung *Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)* entwickelt, die in Anlehnung an die Psych-PV eine Mindestpersonalbemessung festlegt. Kliniken, die nicht genügend Personal vorhalten können, sollen dadurch sanktioniert werden, dass ihnen finanzielle Mittel gestrichen werden. Das Einsetzen der Sanktionierung wird seit Jahren immer wieder verschoben und ist aktuell für das Jahr 2026 angesetzt.

Im Zuge der Reformen haben sich seit den 70er Jahren zunächst viele Aspekte der psychiatrischen Versorgung zum Positiven verändert. Auch wenn es zu einer Reduzierung der großen, gemeindefernen psychiatrischen Anstalten kam, ist es jedoch immer noch so, dass es viele psychiatrische Fachkliniken gibt und das Ziel, alle psychiatrische Abteilungen vollständig in die Allgemeinkrankenhäuser zu integrieren nicht erreicht wurde. Seit 2005 ist es zudem wieder zu einem Anstieg der stationären Bettenzahlen gekommen. Der Bedarf scheint groß. Viele Menschen können erst dann einen stationären Behandlungsplatz erhalten, wenn sie akut in die Kliniken eingeliefert werden. Im Zuge der Reformen entstanden Institutsambulanzen, die zunehmend eine ambulante Versorgung schwer erkrankter Patient*innen ermöglichten. In den

letzten Jahren werden auch stationsäquivalente Behandlungen ermöglicht, zu denen jedoch noch längst nicht alle Patient*innen einen Zugang haben. Besonders in Flächenländern müssen die Patient*innen weiterhin oftmals weite Wege zu ihren Behandler*innen zurücklegen und es mangelt beispielsweise an ambulanten Therapeut*innen, die Menschen mit Psychosen behandeln. Es gehört nicht zum Standard, dass die ambulante therapeutische Anschlussbehandlung gesichert ist, wenn Patient*innen aus der stationären Versorgung entlassen werden. Wir stehen auch heute wieder an einem Punkt, an dem von unhaltbaren Zuständen in den Psychiatrien berichtet wird. So z.B. zuletzt im Klinikum am Urban in Berlin und auch in unterschiedlichen forensischen Abteilungen.

Während des Workshops zur Psychiatrie-Enquete wurde deutlich, welche großen Veränderungen in den 70er bis 90er Jahren innerhalb kürzester Zeit erkämpft und umge-

setzt wurden. Gleichzeitig wurde aber auch deutlich, dass manche Entwicklungen zum Stillstand kommen und wir noch lange nicht an einem Punkt angekommen sind, an dem wir uns mit dem Status quo zufriedengeben können. Immer wieder müssen wir unsere Arbeitsbedingungen, die Personalbemessung und die Finanzierung nicht nur in den somatischen Fächern, sondern auch in der Psychiatrie und der Psychosomatik kritisch hinterfragen und uns für deren Verbesserung einsetzen. In den Diskussionen mit den Teilnehmer*innen des Workshops wurde deutlich, dass die Empfehlungen aus der Psychiatrie-Enquete von 1975 sämtlich auch heute noch brandaktuell sind. Es hat sich viel getan, aber es gibt auch noch sehr viel zu tun.

Das Material des Workshops findet sich auf der Homepage des vdää* unter Gesundheitspolitisches Forum 2023.

WORKSHOPBERICHT

ÖGD

Recht spontan hat sich während der Workshopphase des Gesundheitspolitischen Forums auch der Arbeitszusammenhang ÖGD rund um den vdää* zusammengefunden.

Anlass war der Anfang Oktober in einer Pressekonferenz angekündigte Aufbau eines *Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin* (BIPAM), der seitdem in der Fachöffentlichkeit in der Kritik steht. Mit Gründung des BIPAM will das BMG das im Koalitionsvertrag beschlossene Ziel, der Gründung eines Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) umsetzen. Schon der Name des neuen Instituts deutet eine morbiditätsfokussierte Einengung auf Verhaltensprävention im medizinischen Setting an, die Lebensweltbezogenen Public Health Ansätzen widerspricht. Die bisherige Planung sah zwar Konsultationen verschiedener Expert*innen vor, lief aber sehr intransparent im Geheimen ab ohne maßgebliche Einbeziehung von Beschäftigten im ÖGD oder einer Public Health Fachöffentlichkeit. Die BIPAM-Pläne sehen vor, dass die bestehende *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (BzgA) aufgelöst und ihre Aufgaben in das neu zu gründende Institut integriert werden. Vom *Robert-Koch-Institut* (RKI) soll das BIPAM den Aufgabenbereich der nicht-infektiösen Krankheiten übernehmen, während infektiöse Erkrankungen als Aufgabengebiet beim RKI verbleiben sollen. Gerade auch diese geplante Trennung zwischen infektiösen und nicht-infektiösen Erkrankungen steht in der Kritik, widerspricht sie doch wissenschaftliche Erkenntnisse zum starken Zusammenhang

zwischen diesen Erkrankungsgruppen und läuft Gefahr, über Jahre gewachsene Strukturen an der Schnittstelle zu zerschlagen.

Der vdää* hat sich bereits zwei öffentlichen Papieren angeschlossen. Deren ausführlichere Kritik könnt ihr hier nachlesen:

Offener Brief von Rolf Rosenbrock und Thomas Götz, der von vielen Institutionen und Einzelpersonen unterzeichnet wurde:

Stellungnahme des Zukunftsforschung Public Health und anderer Organisationen:



Bei unserem Treffen im Rahmen des gesundheitspolitischen Forums haben wir die BIPAM-Pläne, sowie Strategien diskutiert, wie wir uns als vdää* in die Kritik am BIPAM und auf eine sinnvollere Ausgestaltung Einfluss nehmen können.

Darüber hinaus haben wir uns aber auch mit der Geschichte und den heutigen Strukturen des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland auseinandergesetzt, wobei Anna Kuehne und Ben Wachtler (beide RKI) uns einen Überblick verschafft haben und wir haben uns nicht zuletzt über progressive Zukunftsperspektiven des ÖGD ausgetauscht. Dabei waren sowohl Expert*innen zugegen, die seit Jahren oder Jahrzehnten im Bereich Public Health und dem ÖGD arbeiten, als auch junge Mitglieder des vdää*, die darin eine Möglichkeit ihrer beruflichen und gesundheitspolitischen Zukunft sehen. Alles in allem ein sehr spannender Austausch!

Reproduktive Selbstbestimmung

Christiane Bachelier

Der Workshop »Reproduktive Selbstbestimmung« wurde von Kristina Hänel und Alicia Beier geleitet und war in zwei Teile gegliedert. Im ersten Teil erzählte Kristina Hänel ihre Geschichte und die Geschichte der Paragraphen 218 und 219a. Vielen wird Kristinas Name bekannt sein: Sie ist Allgemeinmedizinerin und wurde 2017 das erste Mal vom Amtsgericht Gießen auf Grundlage des Paragraphen 219a verurteilt, weil sie auf ihrer Homepage über Schwangerschaftsabbrüche informierte. Ihr Gang zum Bundesverfassungsgericht und ihr hartnäckiges Engagement trug mutmaßlich dazu bei, dass der Paragraph 219a heute abgeschafft ist. Kristina Hänel las Zeilen aus ihrem Buch »Das Politische ist Persönlich« über die stattgehabte Verhandlung vor und ließ uns Teilnehmer*innen auf diesem Weg in ihre Erfahrungen teilhaben.

Im zweiten Teil stellten die beiden Referent*innen die Situation für Frauen dar, die einen Schwangerschaftsabbruch benötigen, und verknüpften dies ebenfalls mit der Ausbildungssituation Medizinstudierender bzw. angehender Gynäkolog*innen.

Was wir gelernt haben

Die meisten Schwangerschaftsabbrüche erfolgen aufgrund der sogenannten Beratungssituation und sind somit rechtswidrig, bleiben aber straffrei. Schwangerschaftsabbrüche aus medizinischen Gründen und nach kriminologischer Indikation sind nicht rechtswidrig. Hier muss angemerkt werden, dass Schwangerschaftsabbrüche häufig nicht mit kriminologischer Indikation erfolgen, selbst wenn diese Indikation eigentlich besteht. Dafür gibt es zwei wichtige Gründe: Erstens weil Unwissenheit darüber besteht, dass jede*r Ärzt*in ein Attest ausstellen könnte, in dem steht: »Diese Schwangerschaft besteht mutmaßlich aufgrund eines Sexualdeliktes und es besteht eine kriminologische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch«. Zweitens gibt es unterschiedliche Abrechnungsziffern bzgl. Schwangerschaftsabbruch nach Beratungssituation und Schwangerschaftsabbruch nach kriminologischer Indikation. Die Kosten des Abbruchs tragen bei medizinischer oder kriminologischer Indikation die Krankenkassen.

Auch Allgemeinmediziner*innen dürfen medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Unwissenheit diesbezüglich sorgt dafür, dass die Situation für Frauen in manchen Teilen Deutschlands zunehmend prekärer wird. Frauen in Koblenz und Meppen haben zum Beispiel eine Anreisezeit von 1-2 Stunden zur nächsten Ärzt*in, die Schwangerschaftsabbrüche durchführt. Im Zuge der Covid19 Pandemie schuf »Docors für Choice« die Möglichkeit zum telemedizinisch begleiteten Schwangerschaftsabbruch im häuslichen Umfeld, eine zukünftig wichtige Perspektive für Frauen. Für Medizinstudierende gibt es seit 2015 die sogenannten »Papaya Workshops«, die häufig von den kritischen Mediziner*innen organisiert werden. In diesen lernen Studierende schon während des Studiums theoretisches und praktisches Wissen zum Schwangerschaftsabbruch.

Ganz aktuell setzt sich eine Kommission des Bundesministeriums für Gesundheit mit der Abschaffung des Paragraph 218 auseinander, mit der Frage wie Schwangerschaftsabbrüche außerhalb des Strafgesetzbuches zu regeln sind. Eine Entscheidung wird für 2024 erwartet.

Auf S. 32 f. ist die öffentliche Stellungnahme des vdää* zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs abgedruckt.

Und denkt daran: My body, My choice!
Weitere Informationen und CME-zertifizierte Fortbildungen auch für Hausärzt*innen findet ihr bei doctorsforchoice.de

Fakten rund um das Thema Schwangerschaftsabbrüche findet ihr auch bei der Kampagne »Mehr als du Denkst« (www.mehralsdudenkst.org).

Öffentliche Stellungnahmen zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs außerhalb des Strafgesetzbuchs: <https://event.ptj.de/kom-rsf-ag1> u.a. von Doctors For Choice.

Über den ärztlichen Tellerrand

Community Health Nurses und multiprofessionelle Zusammenarbeit

Michael Janßen

Als Referentinnen standen Elena Zarges, Community Health Nurse (CHN) aus Hessen und Bernadette Klapper, Bundesgeschäftsführerin des *Deutschen Berufsverbands für Krankenpflege (DBFK)* zur Verfügung. Es ging darum, das neue pflegerische Berufsprofil CHN in der schwierigen Versorgungslandschaft vorzustellen. Die Einsatzmöglichkeiten und den Stand der gesetzlichen Umsetzungen inklusive der Hindernisse sind ebenfalls besprochen worden.

Community Health Nursing setzt an aktuellen Herausforderungen an: Pflegenotstand, fragmentierte ambulante Versorgung, Hausärzt*innen-Mangel und zunehmende Gruppen alter und benachteiligter Patient*innen mit multimodalen Bedarfen. Einen Ansatz bietet eine umfassende Primärversorgung mit Blick auf Gesundheitsförderung im kommunalen Setting, die mit multiprofessionellen Teams geleistet werden soll. Der CHN könnte dabei eine koordinierende Funktion zukommen.

Das Berufsbild der CHN setzt ein Masterstudium für ausgebildete Gesundheits- und Krankenpflegekräfte voraus und bezieht sich auf erprobte internationale Beispiele. Es erweitert das pflegerische Handlungsfeld in der Primärversorgung im Sinne von Public Health unter anderem um den Blick auf Erfassung regionaler Versorgungsbedarfe, Disease Management in Einzelfällen und Verhältnisprävention unter besonderer Berücksichtigung von Bevölkerungsgruppen mit spezifischen Bedarfen. Dementsprechend werden im Studium, das derzeit an drei Hochschulen in Deutschland (München, Witten/Herdecke, Vallendar bei Koblenz) angeboten wird, Behandlungsfelder gelehrt, in denen eigenverantwortlich Diagnostik und Therapie durchgeführt werden kann.

Die Einsatzmöglichkeiten der neuen Profession CHN sind vielfältig: Primärversorgungszentren, Gesundheitskioske, Öffentlicher Gesundheitsdienst, ambulante Pflege. Es gibt gute Belege dafür, dass Schaffung gesundheitsfördernder Verhältnisse und Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten möglich und hinsichtlich positiver Beeinflussung von Morbidität und Mortalität wirksam sind. Jedoch ist Deutschland von einer flächendeckenden Einführung weit entfernt. So ist die Finanzierung in den Kommunen und Sozialgesetzbüchern unklar. Auch ist ungeklärt, wie die Beteiligung an der Grundversorgung

chronisch Kranker interprofessionell mit Teilung der Verantwortung stattfinden kann. Letztlich sind die sozialgesetzlichen Regelungen nicht angepasst. Die Verankerung im Pflegeberufegesetz ist notwendig, um die CHN als Profession zu etablieren. Darüber hinaus braucht es den Ausbau weiterer Studiengänge. Als entscheidender Baustein fehlt es an der Zuerkennung der Heilkundeausübung für definierte Aufgaben und Krankheiten. Im Arbeitsplan des Bundesministeriums für Gesundheit ist das zwar vorgesehen und als Teil eines *Pflegekompetenzgesetzes* zumindest angekündigt, ein Gesetzesentwurf steht allerdings noch aus.

Im Augenblick steckt die Entwicklung der CHN im Henne-Ei-Problem: Wenn die Rahmenbedingungen nicht feststehen, ist die Nachfrage nach Studiengängen gering – und wenn es wenige CHN gibt, kann der Einsatz nicht erprobt und die Sinnhaftigkeit nachgewiesen werden.

Mit Widerstand aus der verfassten Ärzt*innenschaft ist allemal zu rechnen, geht es doch auch um die Frage der Vormachstellung in Diagnostik und Therapie der Ärzt*innen – und natürlich – um Geld.

In der Diskussion des gutbesuchten Workshops ging es zunächst um die Abgrenzung der CHN zu anderen pflegenden Berufen in der ambulanten Versorgung wie z. B. der klassischen Gemeindeschwester. Die Etablierung der CHN in Deutschland wird auch von der konkurrierenden und sich mitunter widersprechenden Gesetzgebung von Bund und Ländern erschwert. Ein Blick nach Kanada zeigt, dass auch dort, trotz der allgemein anerkannten Erfolge von Community Health Nursing, die Finanzierung der CHN ebenfalls schwierig ist.

Kritische Organisationen

Geschichte von medico international

Nadja Rakowitz

Im Workshop zur Gründung kritischer Organisationen im Gesundheitswesen stellte der ehemalige Geschäftsführer Thomas Gebauer die Geschichte und Arbeit von medico international vor. medico international wurde im Mai 1968 als »action medico« in Frankfurt am Main gegründet anlässlich der Konflikte und menschlichen Tragödien in Vietnam und Biafra. Die Hilfsorganisation begann mit dem Sammeln von Ärztemustern und Medikamenten für die Krisengebiete und konnte schnell tonnenweise welche nach Biafra liefern. Aber mit diesem »Erfolg« gab man sich, so Gebauer, nicht lange zufrieden. Nach einer Phase des kritischen Überdenkens der eigenen Praxis und mit einer neuen Geschäftsführung veränderte medico seine politische und praktische Perspektive: Um Krisen dauerhaft zu überwinden, reicht es nicht mehr, nur ihre humanitären Auswirkungen zu behandeln. Denn eine Hilfe von außen könne am »Ende sogar noch die Selbstheilungskräfte der Leute beeinträchtigen«, so wird Mathis Bromberger auf der Homepage von medico international¹ zitiert. Solche Erfahrungen führten zur Revision des Ansatzes. Das Ziel der Arbeit von medico sollte ab jetzt das Zurückdrängen von Abhängigkeit und die Förderung von Eigenständigkeit sei. Mit Kurzzeiteinsätzen von Ärzten und auf kurative Angebote beschränkter Hilfe war und ist das nicht zu erreichen. medico entschloss sich, künftig auf die Unterstützung lokaler Gesundheitsinitiativen zu setzen und auf politischer Ebene gegen die krankmachenden Lebensumstände anzukämpfen.

Thomas Gebauer schilderte in dem Workshop, dass sich an solchen Fragen medico international und Ärzte ohne Grenzen (Médecins sans Frontières) politisch und praktisch auseinanderentwickelt haben. Das Spannende an dem Workshop war, dass Thomas Gebauer hier vor uns und mit uns Fehler reflektierte und politische Implikationen von Entscheidungen offen diskutierte, an denen er natürlich auch beteiligt war. Und er zeigte, wie sich die Arbeit von NGOs mit der jeweiligen polit-ökonomischen Konjunkturen verändert und dass man das permanent politisch diskutieren muss, um seine – über Jahre bewährte – Praxis unter Umständen auch ändern zu können.

¹ Vgl. <https://www.medico.de/wir/geschichte>

Spätestens seit den Kriegen im ehemaligen Jugoslawien mache das Wort von der »humanitären Intervention« die Runde, die 1998 ins Amt gekommene rot-grüne Bundesregierung habe sogar auf eine geregelte Kooperation zwischen Soldaten und Hilfsorganisationen gedrängt. Da Militärs qua Mandat einen nationalen Sicherheitsbegriff verfolgen, Organisationen wie medico aber auf die universelle Verwirklichung von Menschenrechten drängen, widersetzte sich medico diesen Versuchen der Einbettung von Hilfe in sicherheitspolitische Strategien. Eines der jüngsten Beispiele waren so genannte Resilienzkonzepte, die auch medico vertreten hat, bis sie gemerkt haben, dass dies eine »extreme Falle« sei: Denn Resilienzkonzepte seien quasi »Kontenpunkte des Neoliberalismus«, da der Ansatz hochgradig individualistisch sei und bloß die Menschen individuell stark machen solle, die versteinerten Verhältnisse auszuhalten – statt Teil einer transformatorischen Perspektive zu sein. Diese will aber weder Thomas Gebauer noch medico international aufgeben, auch wenn die Zeiten jetzt gerade alles andere als gut dafür sind.

In dem Workshop waren 15 Teilnehmer*innen aus unterschiedlichen Generationen; viele hatten selbst praktische Erfahrungen mit Entwicklungshilfe oder NGO-Arbeit und sie ergänzten die Diskussion. Eine Kontroverse gab es nicht wirklich, selbst bei der Einschätzung der aktuellen und in der Linken doch sehr umstrittenen Entwicklungen in Israel und dem Gaza-Streifen waren wir uns einig. An dieser Stelle war die allgemeine Verzweiflung über die aktuelle Weltlage deutlich im Raum zu spüren. Die vielen Bemühungen von israelisch-palästinensischer politischer Zusammenarbeit, die medico seit Jahren unterstützt, würden mit der aktuellen Eskalation um Jahre zurückgeworfen werden, so befürchtete Thomas Gebauer gegen Ende des Workshops. Das mache aber die Perspektive auf eine nicht-militärische Lösung des Konflikts nicht zu einer falschen, sondern diese müsse jetzt unbedingt weiterhin aufrecht erhalten werden. Wer linke Politik mache, müsse auch Rückschläge aushalten können. Das Motto »Hilfe kritisieren, verteidigen, überwinden« bleibe richtig. Dieser »reflektierte« politische Optimismus von Jemandem, der seit Jahrzehnten linke Kämpfe ausficht und nicht zynisch wurde, hat mich – um einen persönlichen Eindruck wiederzugeben – beeindruckt.

Vertrauen in die Medizin?

Rezension des neuen Buchs von Norbert Schmacke

Uwe Heyll

Norbert Schmacke, der wohl zu den profiliertesten und streitbarsten Vertretern der evidenzbasierten Medizin in Deutschland zählt, hat sich bereits mit vielfältigen medizinischen Fragestellungen beschäftigt. In seinem kürzlich erschienenen Buch verändert er den Fokus und greift ein neues Thema auf, das allgemein wenig Beachtung findet, für die Stellung der Medizin in der Gesellschaft aber von zentraler Bedeutung ist: das Vertrauen in die Medizin. Schmacke weiß, dass Einfluss und Reichweite der Medizin weniger von ihren objektiven Erfolgen, als dem Vertrauen der Menschen in die Ärzteschaft und die Vertreter sonstiger Heilberufe abhängt. Die moderne, wissenschaftlich fundierte Medizin, davon zeigt sich Schmacke überzeugt, verdient Vertrauen.

Gleichwohl ist dieses Vertrauen gefährdet. Dieses Paradox aufzuklären und zu überwinden, ist das Anliegen des neuen Buchs. Schmacke nennt drei Gründe für die Vertrauenskrise der wissenschaftlichen, evidenzbasierten Medizin: Die fehlende oder unzureichende Anerkennung ihrer Erfolge, die Angriffe irrationaler Strömungen, wozu er vor allem die Alternativmedizin rechnet, sowie Fehlentwicklungen, Interessenkonflikte und strukturelle Probleme innerhalb der wissenschaftlichen Medizin, die das Vertrauen schädigen. Diesen Punkten widmet sich Schmacke in drei aufeinanderfolgenden Abschnitten.

Den ersten Abschnitt eröffnet Schmacke mit der zentralen Einsicht, dass die Erfolge der Medizin nach kurzer Zeit als Selbstverständlichkeit hingenommen werden und aus dem Blickfeld der Menschen verschwinden. Die Misserfolge und das Scheitern der Medizin bleiben hingegen als Probleme bestehen und beschäftigen die Öffentlichkeit. Aus diesem Grund hält Schmacke es für erforderlich, die weitreichenden Veränderungen, die sich durch den wissenschaftlichen Fortschritt ergeben haben, seinen Lesern in der gebührenden Deutlichkeit vor Augen zu führen. Dies geschieht anhand von 22 Beispielen, die vom Kindbettfieber über die Tuberkulose, die WHO-Trinklösung und die Appendizitis bis hin zur Psychiatrie reichen. Indem Schmacke den Entwicklungen der Medizin in diesen Punkten folgt, entsteht vor den Augen des Lesers ein historisches Panoptikum, in dem die weitreichenden Veränderungen sichtbar werden, die von den Erfolgen der medizinischen Wissenschaft bewirkt wurden. Dabei hütet sich Schmacke, die historischen Entwicklungen als eine gerade und

“

Meine erste JHV war insgesamt eine sehr coole Erfahrung. An spannendsten war dabei inmitten von Leuten zu sein, die den Job machen, den ich später auch machen werde und dabei gleich eingestellt sind zu mir. Dieses Gefühl entstand bisher im Studium bei mir kaum. Stattdessen fühlte ich oft, dass ich mit den meisten Menschen nicht so auf einer Wellenlänge bin, was politische Einstellungen angeht oder die meine Vorstellung der Ärztinnenrolle. Auf der JHV habe ich mich zur Abwechslung sehr verbunden mit den Menschen gefühlt und habe gemerkt, doch nicht so allein zu sein. Es gibt Leute, die am gleichen Strang ziehen. Und Menschen, die schon seit Jahren und Jahrzehnten in dem Job sind und aus der Perspektive berichten können. Auch das fand ich sehr bereichernd. Ich wusste beispielsweise gar nicht, dass es vor 50 Jahren schon eine Kritische Medizin gab und diese Veränderungen gefordert hat, die wir heutzutage noch fordern. Das Wochenende in Marburg hat mir Aufschwung und Hoffnung gegeben meine Berufsvorstellungen wieder positiver zu sehen. Bei so vielen frontalen Vorträgen war ich irgendwann jedoch recht erschöpft und hätte mir gewünscht, dass man selbst aktiver teilnehmen kann.

V.K., Psychologin und Medizinstudentin

”

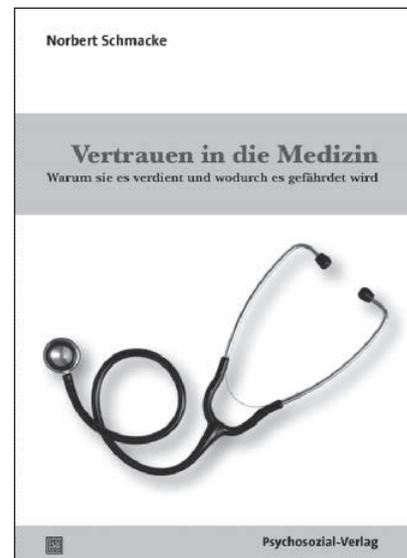
uneingeschränkte Erfolgsgeschichte darzustellen. Schmacke geht detailliert auf die Umwege, die Irrtümer und die moralischen Verfehlungen ein, mit denen die Medizingeschichte bis heute verbunden ist. Entscheidend für Schmacke bleibt jedoch, dass sich die Mühen und Opfer gelohnt haben und die Medizin heute in der Lage ist, das Leben unzähliger Menschen zu retten oder zu verbessern, die zuvor ohne jede Hilfe bleiben mussten.

Im zweiten Abschnitt des Buchs geht es um die Herausforderung durch wissenschaftskritische Bewegungen, denen sich die wissenschaftliche Medizin seit den 60er Jahren des vergangenen Jahrhunderts in zunehmendem Maße ausgesetzt sieht. Im Vordergrund stehen dabei die vielfältigen Therapieansätze und -konzepte, die sich unter der Bezeichnung der Komplementär- und Alternativmedizin (CAM) versammeln. Schmacke verfolgt den historischen Aufstieg der nicht-wissenschaftlichen Heilverfahren, um anschließend deren Strategien und Argumentationen offenzulegen, mit denen sie um Zustimmung und Unterstützung werben. Über die Alternativmedizin hinausgreifend zeigt Schmacke, in welchem Ausmaß solches Gedankengut in progressiven und emanzipatorischen Bewegungen wie der Frauengesundheitsbewegung oder den Berliner Gesundheitstagen an Zustimmung gewinnen konnten. In weiteren Kapiteln kommen der Medizinkritiker Ivan Illich mit seinen Thesen zur medizinischen Iatrogenese und die Arbeiten des Epidemiologen Thomas McKeown über den Zusammenhang von medizinischen Erfolgen und Lebenserwartung zur Sprache. Leicht resignativ klingt das Fazit Schmackes, dass es wohl nicht möglich sein wird, auf dem Wege der rationalen Aufklärung alle Menschen zu überzeugen. Gleichwohl aber bleibt dies eine Herausforderung für eine wissenschaftliche, evidenz-basierte Medizin, wenn es darum geht, die Schäden abzuwenden, die durch Esoterik, Aberglauben und Querdenkertum drohen.

Der letzte Abschnitt stellt den Alltag der Medizin auf den Prüfstand: Anspruch und Wirklichkeit klaffen leider oft weit auseinander. Schmacke widmet sich den Strukturen und Systemmängeln, die einer angemessenen und wünschenswerten medizinischen Versorgung vielfach im Wege stehen. Vor allem die Kommerzialisierung der Medizin und die Interessenkonflikte, die sich aus dieser Tendenz ergeben, sieht Schmacke als bedrohliche Entwicklungen. Auch hier sieht Schmacke einen »steinigen Weg« und eine »echte Sisyphos-Arbeit«, die es zu bewältigen gilt, wenn die wissenschaftliche Medizin Vertrauen zurückgewinnen will. Voraussetzung hierfür ist, so Schmacke, dass die wissenschaftliche Medizin einen Standpunkt einnimmt, bei dem die Nöte, Bedürfnisse, Sorgen und Anliegen ihrer Patienten im Mittelpunkt stehen. Am Ende des Buchs bleibt ein gemischtes Fazit. Auf der einen Seite nimmt Schmacke seine Leser mit auf eine faszinierende Reise, auf der die Möglichkeiten, die Reichweite und die Versprechen der modernen, wissenschaftlichen Medizin sichtbar werden. Auf der anderen Seite aber spricht Schmacke schonungslos die Hindernisse, die Probleme und die Schwierigkeiten an, die auf diesem Weg zu bewältigen sind. Aus dem Buch sprechen die Erfahrungen und Einsichten eines langen Lebens als Arzt und Forscher. Es ist ein echtes Werk der Aufklärung und sei allen ans Herz gelegt, die sich für Medizin interessieren.

Uwe Heyll

Norbert Schmacke:
Vertrauen in die Medizin.
Warum sie es verdient und
wodurch es gefährdet wird,
Psychozial-Verlag, Gießen,
2023, 280 Seiten, 39,90 €,
ISBN-13: 978-3-8379-3264-5



Wie lange noch?

Zur Auseinandersetzung um die Abschaffung von § 218 StGB

Die »ersatzlose Streichung des § 218« gehörte bereits zu den beim Marburger Kongress 1973 verabschiedeten Forderungen. Seit 50 Jahren begleitet der Kampf gegen den Paragrafen, der in der Bundesrepublik den Schwangerschaftsabbruch unter Strafe stellt, die Bewegung der Kritischen Medizin. In der DDR bestand bereits ab 1972 eine Fristenregelung, die den Schwangerschaftsabbruch in den ersten drei Monaten ohne Angabe von Gründen ermöglichte. Nun könnte die Abschaffung des Paragrafen 218 bald Realität werden. Eine von der Bundesregierung eingesetzte »Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin« befasst sich in einer Arbeitsgruppe mit der Möglichkeit einer Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs. In einer anderen Arbeitsgruppe wird parallel über »Möglichkeiten zur Legalisierung der Eizellspende und der altruistischen Leihmutterchaft« beraten.

Für Unverständnis sorgte bei Vielen die offizielle Stellungnahme der *Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)* die von der Regensburger Gynäkologin Dr. med. Angela Königer verfasst wurde. Die gläubige Katholikin folgert darin, dass es keiner Neuregelung bedürfe und warnt bei einer Liberalisierung vor »erhebliche(n) Verluste(n) an Personal, Nachwuchs und auch zwischenmenschlichem Respekt«. Daraufhin gab es bereits einen Protestbrief von Gynäkolog*innen an die DGGG. Auch der vdää* hat am 11.12. eine Stellungnahme an die Kommission geschickt und eine Pressemitteilung dazu veröffentlicht. Im Folgenden dokumentieren wir diese Stellungnahme:

Stellungnahme des Vereins demokratischer Ärzt*innen für die Kommission für reproduktive Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin – Arbeitsgruppe 1 zu den Voraussetzungen einer Regelung zum Schwangerschaftsabbruch außerhalb des Strafgesetzbuchs

»Berghoch getürmt liegen die Akten auf dem Tisch des Untersuchungsrichters, ein willkürlich gesetzlich errichtetes Gebäude von Frauenleid und Frauennot. Sie alle [die beschuldigten Frauen] werden sich, jede für sich, dem brutalen männlichen Richterspruch fügen müssen. Aber in ihrer wuchtenden Gesamtheit stehen sie auf und erheben Anklage.«

Else Kienle, »Frauen. Aus dem Tagebuch einer Ärztin«, Berlin 1932, S. 313

Bereits 1933, ein Jahr nach ihrer fünfwöchigen Untersuchungshaft aufgrund des Vorwurfs eines Vergehens nach §218 StGB, forderte Dr. Kienle mit ihrem Buch »Frauen« die Abschaffung des Paragrafen. Ihr Bericht handelt von unterschiedlichsten Schicksalen in einer ungleich schwierigeren Zeit. Dass wir uns knapp ein Jahrhundert später ihre Erfahrungen ins Gedächtnis rufen, liegt u.a. an der fortwährenden Existenz des §218 StGB, mit welchem dem Schwangerschaftsabbruch

weiterhin der Makel eines Verbrechens, sogar eines Tötungsdelikts, anhängt.

Wir sind erleichtert, dass sich die aktuelle Koalition mit einer Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs befasst, denn die Geschichte lehrt uns, dass es keine Alternative zu einem legalen Schwangerschaftsabbruch geben kann.

Ungewollt Schwangere befinden sich in einer akuten Notlage, deren körperliches und seelisches Ausmaß von Person zu Person unterschiedlich ist. In dieser zeitsensitiven Situation ist rasches und professionelles Handeln gefragt. Dieses kann nur verwirklicht werden, wenn der Schwangerschaftsabbruch gesellschaftlich entstigmatisiert und entsprechende Hürden abgebaut werden. Hierzu zählt unbedingt die außerstrafrechtliche und kostenlose Regelung mit Anspruch auf Krankentage; eine Regelung ohne Indikationsprüfung, frei von Pflichtberatungen und Bedenkzeiten. Eine Übernahme in den Leistungskatalog der gesetzlichen Versicherung sowie eine unbürokratische Kostenübernahme auch für unversicherte Menschen würde eine niedrigschwellige Versorgung ermöglichen und Verunsicherungen und Ängste abbauen, die derzeit sowohl auf Seiten ungewollt Schwangerer wie auch der Ärzt*innen bestehen.

Gleichzeitig benötigen wir in der aktuellen Situation der Unterversorgung den Aufbau von flächendeckenden Versorgungsstrukturen, insbesondere im ländlichen Raum, inkl. telemedizinischem Angebot. Diese Versorgungsstrukturen müssen immer auch in ein breites und niedrigschwelliges Angebot von Sozial- und Sexualberatung eingebunden sein. Keinesfalls darf das Wegfallen einer Beratungspflicht zum Abbau von Beratungsangeboten führen. Das Thema Schwangerschaftsabbruch muss fest in der Ausbildung von ärztlichem, pflegerischem sowie Hebammen-Nachwuchs verankert werden und sollte neben rein medizinischen Aspekten auch rechtliche Sicherheit und Fähigkeiten einer guten psychosozialen Begleitung der schwangeren Person vermitteln.

Tendenziöse Falschinformationen zum Schwangerschaftsabbruch z. B. im Internet, sowie Bedrohungen durch christliche Fundamentalist*innen müssen konsequent unterbunden werden. Einrichtungen, vor denen sog. Gehsteigbelästigungen stattfinden, benötigen eine ausreichende Schutzzone.

Ungewollte Schwangerschaften wird es immer geben. Nichtsdestotrotz gibt es die Möglichkeit, die aktuelle Zahl durch umfassende sozialpolitische Maßnahmen weiter zu senken. Diese beinhalten eine hinreichende sexuelle Bildung, auch bezüglich gesellschaftlicher Machtdynamiken. Als essentiell sehen wir die Einführung der kostenlosen Versorgung mit Verhütungsmitteln an. Schutzeinrichtungen und Beratungsstellen für Betroffene häuslicher bzw. sexueller Gewalt müssen auskömmlich finanziert sein.

Wir sehen das Wohlergehen von Kindern als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe an. Prekäre Arbeitsverhältnisse, sinkende Reallöhne, wachsende Kinderarmut und mangelnde Finanzierung von außerfamiliärer Bildung und Betreuung gefährden aktuell das Wohlergehen vie-

ler Kinder. Insbesondere Alleinerziehende und Familien mit einem behinderten Kind bedürfen der Unterstützung und Maßnahmen zur Inklusion und nicht der Stigmatisierung. Wir verweigern uns einer kapitalistischen Verwertungslogik, in der die Bedürfnisse von Menschen anhand der von ihnen erbrachten Leistungen verrechnet werden.

Aus unserer ärztlichen Tätigkeit wissen wir von der Stigmatisierung eines Kinderwunsches von rassifizierten und queeren Personen sowie armer Menschen und Menschen mit Behinderungen. Im Sinne von reproduktiver Gerechtigkeit treten wir für ein bedingungsloses Recht auf Elternschaft ein und fordern effektive Maßnahmen, um der Diskriminierung im Gesundheitswesen effektiv zu begegnen.

Mit Bedauern müssen wir feststellen, dass die meisten ärztlichen Standesorganisationen in Deutschland entgegen international etablierten Standards wie den WHO-Empfehlungen am §218, an der Diskriminierung von ungewollt Schwangeren sowie der ärztlichen Kolleg*innen, die diese behandeln, festhalten wollen. Wir kritisieren, dass trotz der aktuellen Mangelsituation von ärztlichen Standesorganisationen gefordert wird, dass nur Gynäkolog*innen berechtigt sein sollen, Abbrüche durchzuführen. Gleichzeitig wird von o.g. Organisationen betont, dass Ärzt*innen nicht gezwungen werden dürfen, Abbrüche durchzuführen. Hier wird eine Bedrohungssituation gezeichnet, die jeglicher Evidenz entbehrt, statt für eine wohnortnahe und fachlich einwandfreie Versorgung von ungewollt Schwangeren in Deutschland Sorge zu tragen.

Des Weiteren möchten wir betonen, welch ein Skandal es ist, dass keine evidenzbasierte deutschsprachige Leitlinie zum operativen Schwangerschaftsabbruch existiert.

Fundamentalistisch eingestellte Personen und ihre Positionen sind bereits jetzt in Vorständen wichtiger ärztlicher Gesellschaften etabliert. Trotz dieses Gegenwinds treten wir weiterhin entschieden für reproduktive Selbstbestimmung ein.

Da sich die Kommission parallel zum Schwangerschaftsabbruch auch mit der Frage der Legalisierung der Eizellgabe und dem »Leihmutterchaft« befasst, möchten wir betonen, dass beide Themen nicht gegeneinander ausgespielt werden dürfen. Niemand darf zum Austragen einer Schwangerschaft gezwungen werden. Dies gilt auch für finanzielle oder ausländerrechtliche Zwänge von gebärfähigen Menschen. Ein Kinderwunsch darf nicht auf dem Boden der Ausbeutung einer anderen Person in Erfüllung gehen.

Wir danken für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme in Ihren Überlegungen.

»Wie unser Prozeß ausgehen wird, vermag ich nicht zu sagen. [...] der Kampf [geht] nicht darum, ob man uns schuldig spricht oder nicht. Menschen sind vergänglich und Paragraphen sind veränderlich. Aber es gibt ein Gesetz, das höher steht als alle Paragraphen, das ist das Gesetz der Menschenwürde und der Frauenwürde.« Else Kienle, »Der Fall Kienle«, in: *Die Weltbühne*, Ausgabe 15, 1931

Schmerzgriffe – nicht nur eine Technik

Zur medizinischen Einordnung von Nervendrucktechniken bzw. sogenannten Schmerzgriffen

Der vdää* ist in einem Arbeitszusammenhang mit dem Republikanischen Anwälteverein, dem Komitee für Demokratie und Grundrechte, Amnesty International, der Gesellschaft für Freiheitsrechte und »Frag den Staat«, der sich vorrangig mit juristischen und politischen Aspekten der immer öfter durch die Polizei angewandten Schmerzgrifftechnik beschäftigt. Für den Kongress des Republikanischen Anwältevereins im Juni hat Thomas Kunkel die medizinischen Aspekte dieser Praxis analysiert, zu der es bislang keine medizinische Studien gibt. Wir dokumentieren den daraus entstandenen Text.

Was ist Schmerz?

»Unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktuellen oder potentiellen Gewebsschädigungen verknüpft ist oder mit Begriffen solcher Schädigungen beschrieben wird [...]. Schmerz kommt akut als Symptom und Schutzfunktion vor oder in chronischer Form mit eigenständigem Krankheitswert (chronisches Schmerzsyndrom).«¹

Schmerzauslöser können äußere Faktoren wie Druck, Hitze, Kälte, Gewebsverletzungen sein, sowie auch innere Faktoren wie Entzündungen oder Störungen im Nervensystem selbst.

Körperliche Reaktionen auf (akuten) Schmerz

Ein akuter Schmerzreiz versetzt den Körper über die Aktivierung des sympathischen (in Abgrenzung zum parasympathischen) Nervensystems unmittelbar in einen »Fight and Flight«-Modus. Es werden u.a. die Botenstoffe Noradrenalin und Adrenalin ausgeschüttet. Dies führt u.a. zu einer Erhöhung der Herzfrequenz, des Blutdrucks und einer Weitung der Pupillen.

Die Schmerzempfindung wird vorübergehend herabgesetzt durch die Ausschüttung von Endorphinen und endogenen Morphinen, was allerdings nicht nachhaltig anhält. Derartige körperliche Reaktionen zielen auf ein Vermeiden bzw. Abstellen des akuten Reizes. Ein Vermeiden bzw. Abstellen versucht der Körper auch über sog. Schmerzreflexe. Hierbei wird z.B. die Hand von einer heißen Herdplatte weggezogen. Der für die Motorik der Hand notwendige Reiz bahnt sich auf Rückenmarksebene, ohne ins Bewusstsein zu gelangen, d.h. er ist nicht willkürlich beeinflussbar.

Andere körperliche Reaktionen sind komplexer, bspw. die Verlagerung des Körperschwerpunkts in eine bestimmte Haltung, um den Schmerzreiz zu lindern.

Die Intensität der Wahrnehmung eines akuten Schmerzreizes und noch viel mehr die eines chronischen Schmerzes sind inter-individuell sehr unterschiedlich.

1 <https://www.psychyrembel.de/schmerz/K0KKGH/doc/>

Was sind Nervendrucktechniken?

Punktuelle Nervenkompression an Prädilektionsstellen: Dicht unter der Haut liegende, periphere Nerven mit darunter liegender knöcherner Struktur. Bspw. Kieferwinkel oder der Sulcus bicipitalis am Oberarm.

Der unmittelbare Effekt einer solchen Nervenkompression ist ein plötzlicher, sehr starker Schmerzreiz mit dem Resultat des Verlusts bzw. einer Verlagerung der Körperspannung, d.h. es resultiert ein Einsinken des Körperstammes und/oder eine andere Ausweichbewegung.

Mögliche mittelfristige Effekte dieser Techniken sind über Tage bis Wochen persistierende Schmerzen und Missempfindungen sowie motorische Schwäche einzelner Muskeln bzw. Muskelgruppen.

Für etwaige langfristige Effekte sind keine Studiendaten verfügbar, da derartige Effekte aus ethischen Gründen problematisch zu prüfen sind.

Welche möglichen Risiken bergen derartige Techniken für Betroffene?

Somatische Reaktionen:

- Persistierende Gewebs- und Nervenschädigung
- Unabsehbare lokale und systemische »Kollateralreaktion« bei »unsachgemäßer« Anwendung des Griffes:
 - Druck auf den Karotissinus führt zu Kreislaufdysregulation
 - Sekundäre Probleme durch Blutdruckanstieg/Herzbelastung bei vorerkrankten Personen
- Erhöhtes Schmerzempfinden z.B. bei vorgeschädigten Strukturen wie bereits einmal gebrochenen Handgelenken, bestimmten Formen chronischer Gelenkerkrankungen usw.
- Lokalreaktionen wie Blutergüsse und Gewebeschäden



Psychische Reaktion:

- Schmerz bzw. Schmerzreize sind ein Stimulus für Angstgefühle.
- Das Erfahren-Haben von Schmerzen führt im Körper zu einem sog. Schmerzgedächtnis
- Wiederholt von Androhungen und Schmerzgriffen betroffen zu sein wird mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einem Vermeidungsverhalten führen. Diese Form der einschüchternden Einflussnahme auf die Versammlungsfreiheit und Willensbildung durch die Exekutive ist im demokratisch-rechtstaatlichen Sinne als hochproblematisch zu bewerten.

Mögliche Konsequenz

der Reaktion der Betroffenen:

- Die durch die provozierte und unvermeidbare psychomotorische Reaktion entstehenden Bewegungen können als Widerstandshandlung gegen Vollstreckungsbeamte gewertet werden.
- Aus medizinischer Sicht ist eine motorische und/oder verbale Abwehrreaktion unter der unmittelbaren Anwendung von Schmerzgriffen nicht mit als willkürliche Handlung zu werten, mitrelevanten Implikationen auf die etwaige Unterstellung von

Widerstandshandlungen gegen Vollstreckungsbeamte.

Zusammenfassung

- Die Anwendung von Nervendrucktechniken kann zu einer Kaskade von lokalen und systemischen Reaktionen der Betroffenen führen, die über den von den Vollstreckenden intendierten unmittelbaren Reaktionen liegen.
- Die Anwendung dieser Techniken ist deshalb riskant.
- Die mit der Anwendung bzw. derer bloßen Androhung durch die Polizei erfolgenden psychologischen Momente wie über die Situation hinausgehende Angst und Rückzug sind Effekte, die weitreichende Folgen auf die individuelle Psyche und den demokratischen Willensbildungsprozess haben und somit weder im Ermessen noch der Befugnis einzelner Beamter liegen sollte.

München, 20.08.2023

Dr. med. Thomas Kunkel Facharzt für Allgemeinmedizin Ko-Vorsitzender Verein demokratischer Ärzt*innen e.V.

Studium auf Kosten der Ausbildung in der Pflege

Gerd Dielmann

Die Bundesregierung es jetzt auch gemerkt. Es war keine gute Idee, nach zahlreichen Modellversuchen mit dem Pflegeberufegesetz (PflBG 2017), eine Regelausbildung für Pflegefachkräfte an Hochschulen anzusiedeln, ohne die besonderen Umstände einer Berufsausbildung im Rahmen eines Studiums im Kontext des Europäischen Rechts hinreichend zu berücksichtigen.

Nach der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie (Richtlinie 2005/36/EG) besteht die mindestens dreijährige Ausbildung »aus mindestens 4.600 Stunden theoretischer und klinisch-praktischer Ausbildung; die Dauer der theoretischen Ausbildung muss mindestens ein Drittel und die der klinisch-praktischen Ausbildung mindestens die Hälfte der Mindestausbildungsdauer betragen«¹.

Damit ist klar, dass es sich nicht um ein übliches Hochschulstudium handeln kann, sondern eher um eine duale Berufsausbildung mit dem Lernort Hochschule für den theoretischen Unterricht. Das gilt für alle Mitgliedstaaten der Europäischen Union. Gleichwohl hielt es der Gesetzgeber 2017, trotz gewerkschaftlicher Kritik, für angebracht, für den betrieblichen Teil der Ausbildung auf jegliche Vorgaben zu einer arbeitsrechtlichen Absicherung der Studierenden, eine Ausbildungsvergütung und geregelte Ausbildungsbedingungen zu verzichten.

Bei einem Vollzeitstudium mit diesem hohen Praxisanteil, der in der Regel auch noch im Schichtdienst an verschiedenen Einsatzstellen zu absolvieren ist, ist es nahezu ausgeschlossen, nebenbei noch den Lebensunterhalt für ein Studium durch Jobs zu verdienen. Die in unserem Hochschulsystem ohnehin gegebene soziale Auslese² wird hier noch auf die Spitze getrieben.

Von den ca. 2,9 Mio. Studierenden wurden im Jahre 2021 gerade einmal 468.000 nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) gefördert. Das entspricht etwa 16%. Im Durchschnitt erhielten die geförderten Studierenden 579 €. ³ Soweit ein Nebenerwerb beim Studium nicht möglich ist, sind die meisten Studierenden auf eine Voll- oder Teilfinanzierung durch die Eltern angewiesen.

Offenbar hat es mit der »Rückkehr der höheren Töchter« in die Pflege⁴ bisher nicht so recht geklappt, wie es sich manche auch in den Hochschulen wohl vorgestellt hatten. »Im Jahr 2021 gab es 508 Erstimmatrikulationen von Studierenden nach dem Pflegeberufegesetz, was bei 61.458 Ausbildungs-

1 Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates v. 7.9.2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl. L 255 vom 30.09.2005, S. 22); <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:02005L0036-20211210&qid=1694162901152>

2 »Von 100 Arbeiterkindern nehmen aktuell 21 ein Hochschulstudium auf, nur eines erlangt den Doktorgrad. Von 100 Akademikerkindern gehen dagegen 74 studieren und zehn schaffen es bis zur Promotion«, <https://www.gew.de/aktuelles/detailseite/arbeiterkinder-aller-hochschulen-vereinigt-euch>, 08.09.2023

3 DESTATIS, BAföG-Statistik 2021; https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/08/PD22_342_214.html

4 Gerd Dielmann: Unausgegoren..., GbP. Zeitschrift für eine soziale Medizin, 2/2020, S. 24

eintritten in 2021 einer Akademisierungsquote von nur 0,82 Prozent entspricht.«⁵

Vor dem Hintergrund der vom Wissenschaftsrat empfohlenen, aber nicht weiter begründeten »Akademisierungsquote« von 10 bis 20 %, die sich die Bundesregierung offenbar zu eigen macht, zeigt sich die Ampel-Koalition nun alarmiert. Sie hatte bereits in ihrem Koalitionsvertrag vereinbart: »Wir harmonisieren die Ausbildungen u.a. durch bundeseinheitliche Berufsgesetze für Pflegeassistenten, Hebammenassistenten und Rettungssanitären und sorgen für eine gemeinsame Finanzierung von Bund und Ländern. Die akademische Pflegeausbildung stärken wir gemeinsam mit den Ländern. Dort, wo Pflegefachkräfte in Ausbildung oder Studium bisher keine Ausbildungsvergütung erhalten, schließen wir Regelungslücken. Professionelle Pflege ergänzen wir durch heilkundliche Tätigkeiten und schaffen u.a. das neue Berufsbild der »Community Health Nurse«.«⁶

Mit dem von der Bundesregierung mit Datum vom 23.08.2023 vorgelegten Gesetzesentwurf des *Pflegestudiumstärkungsgesetzes (PflStudStG)* soll nun diese Lücke geschlossen werden.

Rückläufige Ausbildungszahlen in den Pflegeberufen

Das geschieht vor dem Hintergrund sinkender Ausbildungszahlen in der beruflichen Ausbildung der Pflegeberufe und hohen Abbruchquoten in den Ausbildungen. Darunter fallen nicht nur diejenigen, die ihre Ausbildung freiwillig abbrechen, sondern auch jene, die während der Probezeit gekündigt werden, wegen zu hoher Fehlzeiten nicht zur Prüfung zugelassen werden oder die Abschlussprüfung nicht bestehen.

Hatten im Jahre 2021 (Stichtag 31.12.2021) noch 56.259 Auszubildende einen neuen Ausbildungsvertrag zu einer Ausbildung nach dem zum 1.1.2020 in Kraft getretenen *Pflegeberufegesetz (PflBG)* abgeschlossen, so waren es im Jahre 2022 nur noch 52.299. Das bedeutet eine Veränderung gegenüber dem Vorjahr von –7%.⁷ Zum Vergleich: Im Jahr 2019 hatten in allen drei Pflegefachberufen (Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) noch 56.118 Auszubildende eine Ausbildung begonnen.

Begonnen heißt jedoch nicht, erfolgreich beendet. Ursprünglich waren im Jahr 2021 insgesamt 61.329 Ausbildungsverträge nach *Pflegeberufegesetz* abgeschlossen worden, von denen 5.070 im selben Jahr bis zum Stichtag 31.12.2021 wieder gelöst worden waren, was einem Anteil von 8,3% entspricht.⁸ Für das Jahr 2022 wurden

bereits 17.982 vorzeitige Vertragsauflösungen gemeldet. Im Vorjahr waren es 12.699 vorzeitig ohne Prüfung beendete Ausbildungsverhältnisse. Zahlen zum erfolgreichen Abschluss des ersten Ausbildungsjahrgangs (2020–2023) liegen noch nicht vor.

In den Vorläuferberufen (Altenpflege und Krankenpflege) lagen die Quoten nicht erfolgreich abgeschlossener Ausbildungen zwischen 28% und 32%.⁹

Wenig tröstlich ist dabei, dass auch in einigen Ausbildungsberufen nach *BiG* hohe Auflösungsquoten festgestellt werden. Im Durchschnitt liegen sie bei 25%, im Handwerk und bei den Freien Berufen bei 32% bzw. 30%, im öffentlichen Dienst bei lediglich 7%.¹⁰ Bei Bachelorstudiengängen liegt die Zahl der Studienabbrecher*innen bei 28%.¹¹

Angesichts des weiterhin bestehenden und künftig noch steigenden Bedarfs an Pflegefachkräften ist es geradezu fahrlässig zuzulassen, dass fast ein Drittel der Auszubildenden während oder am Ende der Ausbildung auf der Strecke bleiben.

Dessen ungeachtet handelt es sich bei den Ausbildungen nach *PflBG* mit ca. 160.000 Auszubildenden um den zahlenmäßig mit Abstand größten Ausbildungsberuf in Deutschland. Danach folgt die Ausbildung zum/zur Kraftfahrzeugmechatroniker*in mit 63.195 und zum/zur Kaufmann/Kauffrau für Büromanagement mit 57.282 in 2022 besetzten Ausbildungsplätzen.¹²

Bereits heute kann der Bedarf an ausgebildeten Pflegefachkräften offensichtlich nicht gedeckt werden. So vermeldete die *Bundesagentur für Arbeit* zum Tag der Pflege: »Die Zahl der gemeldeten Stellen für Fachkräfte in Pflegeberufen übersteigt die der Arbeitslosen deutlich. Bei Pflegehelfern stellt sich die Situation genau umgekehrt dar.«¹³ Auf 100 gemeldete Stellen kommen gerade mal 33 Arbeitslose.¹⁴

Der Anteil der Pflegekräfte mit ausländischer Staatsangehörigkeit hat sich von 8% in 2017 auf 14% in 2022 nahezu verdoppelt.¹⁵ Neben medienwirksamen Auslandsreisen, Hubertus Heil und Anna-Lena Baerbock waren letztlich auf Werbetour in Brasilien, soll mit dem *Pflegestudiumstärkungsgesetz* auch die Fachkräfteeinwanderung erleichtert werden, indem eine »partielle Berufserlaubnis« auch in Deutschland eingeführt werden soll.

5 Gesetzesentwurf der Bundesregierung: Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG), BT-Drs. 20/8105, S. 1

6 Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP), S. 82

7 DESTATIS, Pressemitteilung Nr. 134 vom 04.04.2023

8 Berufsbildungsbericht 2023, BT-Drs. 20/6800, S. 63f.

9 Gerd Dielmann: Fachkräftemangel ist hausgemacht, in: Dr. med. Mabuse Nr. 251, 46. Jahrgang, Mai/Juni 2021, S. 20f., Frankfurt 2021

10 DESTATIS, Bildung in Zahlen 2020/2021, https://www.destatis.de/DE/Mediathek/Digitales-Magazin/Bildung/_inhalt.html#579808

11 DZHW Brief 5-2022, S. 5; https://www.dzhw.eu/publikationen/pub_show?pub_id=7922&pub_type=kbr

12 DESTATIS, Berufsbildungsstatistik 2022 vom 22.08.2023

13 Bundesagentur für Arbeit (Hrsg): Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Nürnberg, Mai 2023, S. 4

14 Bundesagentur für Arbeit, Presseinfo Nr. 22, 11.05.2023

15 Ebenda

Privilegierte Ausbildungsbedingungen für Studierende

Wesentlicher Inhalt des Gesetzesentwurfs sind neben der Erleichterung von Einwanderung und Anpassungen des Prüfungsverfahrens an aktuelle Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts, Verbesserungen der Ausbildungsbedingungen für Studierende.

Während die Studierenden bisher weitgehend ohne bundesrechtliche Vorgaben zum Vertragsverhältnis ihre praktische Ausbildung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen in einer Art ungeregeltem Praktikumsverhältnis zu absolvieren hatten, soll sie künftig dem Charakter der Ausbildung entsprechend in einem »dualen Studium« organisiert werden.

Duale Studiengänge sind, wie auch die duale Berufsausbildung, durch zwei Lernorte gekennzeichnet. Die Hochschule einerseits und einen Betrieb oder ggfs. mehrere Praxiseinrichtungen andererseits. Dabei werden verschiedene Studienformate und Mischformen unterschieden.¹⁶ Sofern ein Ausbildungsvertrag mit einem Betrieb vorliegt, spricht man von einem »ausbildungsintegrierten dualen Studium«. Studiengänge mit längeren als üblichen Praxisphasen werden als »praxisintegrierte Studiengänge« bezeichnet.¹⁷

Für die mit dem Pflegeberufegesetz als Regelausbildung eingeführte Hochschulausbildung waren zwar lange Praxisphasen, aber kein Ausbildungsvertrag vorgeschrieben. Die für die berufliche (betrieblich-schulische) Pflegeausbildung festgelegten arbeitsrechtlichen Grundlagen gelten nicht für die Hochschulausbildung. Damit fehlen die in dualen Ausbildungsverhältnissen üblichen Rechte und Pflichten und u.a. der Anspruch auf eine angemessene Ausbildungsvergütung sowie weitere Schutz- und Mitbestimmungsrechte. Die Verpflichtung zur Teilnahme an der Ausbildung wird über die Hochschule geregelt, die über Kooperationsverträge mit Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen die praktische Ausbildung sicherzustellen hat. Den Praxiseinrichtungen wurde zwar eine nicht näher bestimmte Praxisanleitung durch »in der Regel hochschulisch qualifiziertes Pflegepersonal« (§ 38 Abs. 1 PflAPrV) auferlegt, ihre Refinanzierung für die Einrichtungen jedoch nicht gewährleistet.

16 Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.), Silvia Hofmann u.a.: AusbildungPlus in Zahlen. Duales Studium 2019. Trends und Analysen, Bonn 2020, S. 13ff.

17 Ebenda

Mit der vorgesehenen Neuregelung durch das Pflegestudiumstärkungsgesetz werden Studierende zum Abschluss eines Ausbildungsvertrags mit einem Krankenhaus oder einer stationären oder ambulanten Pflegeeinrichtung (Träger der praktischen Ausbildung) für die gesamte Dauer der hochschulischen Pflegeausbildung verpflichtet. Dieser Vertrag wird dann erst mit der Vorlage einer Studienplatzzusage einer Hochschule, die mit der Einrichtung durch Kooperationsvertrag verbundenen ist, wirksam. Studierende, die bereits vor In-Kraft-Treten der Neuregelung eine Hochschulausbildung nach PflBG begonnen haben, sollen einen Rechtsanspruch auf Vertragsabschluss für die weitere Dauer der Ausbildung gegenüber der Einrichtung bekommen, in der sie den überwiegenden Teil der Praxiseinsätze absolvieren.

Die Zahlung einer angemessenen monatlichen Vergütung wird für die gesamte Dauer des Vertragsverhältnisses gesetzlich normiert. Studierende sind während der Vertragslaufzeit Arbeitnehmer/-innen im Sinne der gesetzlichen betriebsverfassungsrechtlichen bzw. personalvertretungsrechtlichen Vorschriften (z.B. § 5 BetrVG). Neben der mit dem Vertragsverhältnis verbundenen arbeitsrechtlichen und sozialversicherungsrechtlichen Absicherung sind somit auch die Mitbestimmungsrechte beim betrieblichen Ausbildungsträger gewährleistet. Das ist gegenüber dem bisherigen Status in vogelfreien Praktikumsverhältnissen ein großer Fortschritt.

Ausübung der Heilkunde

Gewissermaßen in letzter Minute des Gesetzgebungsverfahrens hat der Gesundheitsausschuss des Bundestags noch eins drauf gesetzt. Das Ziel der Hochschulausbildung wird wie folgt ergänzt: »Sie vermittelt zusätzlich die zur eigenverantwortlichen und selbständigen Ausübung von erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen auf wissenschaftlicher Grundlage und Methodik in den Bereichen diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz.« (§ 37 Abs. 2 PflBG).

Damit wird das sehr umstrittene Thema der selbständigen Ausübung der Heilkunde durch andere als ärztliche Berufe noch einmal aufgegriffen und einer (vorläufigen) Lösung zugeführt. Bereits seit 2008 war im Krankenpflegegesetz vorgesehen, dass Personen mit der Berufserlaubnis nach diesem Gesetz zur selbständigen Ausübung der Heilkunde berechtigt waren, wenn sie eine zusätzliche Weiterbildung in sogenannten »erweiterten Kompetenzen« absolviert hatten und diese im Zusammenhang entsprechender Modellversuche zu Erprobung neuer Versorgungsformen nach § 63 Abs. 3c Sozialgesetzbuch V zum Einsatz kommen sollten.¹⁸ Die Modellversuche zu neuen Versorgungsformen bedurften einer gemeinsamen Vereinbarung von Ärzte- und Krankenkassenverbänden,

18 Vgl. Gerd Dielmann: Erweiterte Kompetenzen für die Pflegeberufe, in: Infodienst Krankenhäuser Heft Nr. 41, Juli 2008, S. 24f., Hannover

die über Jahre nicht zustande kamen. Schließlich wurden die Krankenkassen im SGB V verpflichtet, bis zum 31.12.2020 entsprechende Modellvorhaben zu realisieren (§ 63 Abs. 3 c SGB V). Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte bereits 2012 Richtlinien zur Heilkundeübertragung im Rahmen dieser Modellversuche erlassen und dabei fünf Indikationen festgelegt, in deren Rahmen heilkundliche Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen übertragen werden konnten. Die Indikationen waren: Diabetes mellitus Typ I, Diabetes mellitus Typ II, Wundversorgung, Hypertonie und Demenz.

Die Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde aus dem Krankenpflegegesetz war bei der Überführung und Neuregelung der Ausbildung in das Pflegeberufegesetz (PflBG) entfallen, weil es einer solchen Regelung nicht bedürfe¹⁹. Geblieben ist eine Modellklausel, die sowohl für die berufliche als auch für die hochschulische Ausbildung entsprechende Erprobungen nach zusätzlicher Ausbildung ermöglicht (§ 14 PflBG). Nachdem sich der G-BA zu Recht geweigert hatte die dafür notwendigen Qualifizierungsmodule zu entwickeln²⁰, wurde die nach dem PflBG gebildete Fachkommission damit beauftragt. Die von dieser Fachkommission entwickelten Qualifizierungsmodule sind nunmehr Gegenstand der Ausbildungsziele nach § 37 PflBG, allerdings nur für die Hochschulausbildung.

Angesichts der bei berufserfahrenen Pflegefachkräften bereits vorhandenen Qualifikationen, etwa in der Wundversorgung oder im Umgang mit an Diabetes und Demenz Erkrankten und langjährig geübter Berufspraxis im Rahmen der Delegation, ist diese Heraushebung der Hochschulausbildung und Unterlassung einer entsprechenden Regelung in der beruflichen Pflegeausbildung kaum nachvollziehbar. Das erkennen

19 BT-Drs. 18/7823, S. 74

20 Gerd Dielmann: Pflegeberufegesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. Kommentar für die Praxis, Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, 2. akt. Aufl. 2022, § 14 PflBG, Rn. 7



bare Bemühen der Ampelkoalition um Aufwertung der pflegerischen Hochschulausbildung, scheint nur um den Preis einer Abwertung der beruflichen Ausbildung zu Wege gebracht zu werden.

Finanzierung der hochschulischen Pflegeausbildung

Die Finanzierung des praktischen Teils der hochschulischen Pflegeausbildung erfolgt über die in den Ländern für die betrieblich-schulische Pflegeausbildung eingerichteten Ausgleichsfonds. Erstaunlicherweise soll dabei der für die Auszubildenden übliche »Wertschöpfungsanteil« für Studierende nicht anfallen. Während bei Auszubildenden im zweiten und dritten Ausbildungsjahr eine Anrechnung von 9,5 Auszubildenden auf eine Stelle einer voll ausgebildeten Pflegefachkraft vorgeschrieben ist (§ 27 Abs. 2 PflBG), wird bei Pflegestudierenden auf jegliche Anrechnung verzichtet.

In ambulanten Pflegeeinrichtungen gilt ein Anrechnungsverhältnis von 14 : 1. Selbst Auszubildende in Pflegehilfs- oder Pflegeassistentenberufen werden im zweiten Ausbildungsjahr im Verhältnis von 6 Aus-

zubildenden auf 1 Stelle einer voll ausgebildeten Pflegefachperson angerechnet. Anrechnung bedeutet, dass für je 9,5 (bzw. 14 oder 6) Auszubildende die Personalkosten einer Pflegefachkraft nicht aus dem Ausbildungsbudget über die Ausgleichsfonds finanziert werden sondern über das jeweilige Personalbudget, also über Fallpauschalen oder Pflegesätze.

Es ist schon verblüffend, dass bei Studierenden, die in der praktischen Ausbildung »erweiterte Kompetenzen« erwerben sollen, wie bspw. die Befähigung »zur Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse auf der Grundlage wissenschaftsbasierter oder wissenschaftsorientierter Entscheidungen« (§ 31 Abs. 3 PflBG), eine »Wertschöpfung« nicht stattfinden soll. Ohne Anrechnung auf Planstellen sind die Einrichtungen freier in der Gestaltung der Ausbildung und unterliegen an dieser Stelle weniger ökonomischen Zwängen. Studierende werden somit weniger unter Druck gesetzt, Arbeitsleistungen in der Versorgung zu erbringen als die anderen Auszubildenden. Den entsprechenden Vorschlag des Bundesrats, Auszubildende und Studierende hinsichtlich eines »Wertschöpfungsanteils«



gleich zu behandeln²¹, hat die Bundesregierung abgelehnt.²²

Ein weiteres Privileg soll den Studierenden künftig erhalten bleiben. Die Auszubildenden in der betrieblich-schulischen Ausbildung werden durch rigide Fehlzeitenregelungen geknechtet, die in unterschiedlichen Formen für alle Auszubildenden in Heilberufen gelten; so wird etwa zur staatlichen Abschlussprüfung nur zugelassen, wer nicht mehr als je 10% der in der *Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV)* vorgeschriebenen theoretischen oder praktischen Mindestausbildungsstunden krankheitsbedingt gefehlt hat. Ein Pflichteinsatz gilt nur als absolviert, wenn Auszubildende mindestens 75% der Ausbildungszeit auch präsent waren. Über 300 anerkannte Ausbildungsberufe nach *Berufsbildungsgesetz (BBiG)* kommen ohne eine solche starre Regelung aus. Hier muss die Ausbildung lediglich »zurückgelegt« werden. Bei hohen Fehlzeiten wird dann bei der Prüfungszulassung individuell entschieden, ob die Ausbildungsdauer als absolviert gilt. Für Heilberufe gelten hingegen strenge Regeln die in Wochen oder Prozentanteilen

21 BT-Drs. 20/8105, S. 130

22 BT-Drs. 20/8105, S. 165

anrechenbare Fehlzeiten festlegen. Für die pflegerische Hochschulausbildung kann darauf überraschenderweise verzichtet werden. Jahrelange gewerkschaftliche Bemühungen bei der Fehlzeitenanrechnung zu einer weniger starren Lösung zu kommen, die dem Einzelfall gerecht wird, blieben bislang weitgehend vergeblich. Bei der Hochschulausbildung spielt das plötzlich bei der Zulassung zur staatlichen Prüfung keine Rolle mehr, sondern es bleibt der Hochschule überlassen, für eine regelmäßige Teilnahme zu sorgen.

Der Umfang der Praxisanleitung durch Pflegefachpersonal wird wie in der beruflichen Pflegeausbildung auf mindestens 10% der vorgesehenen Einsatzstunden festgelegt, die Refinanzierung der dem Ausbildungsträger entstehenden Kosten über die Ausgleichsfonds sicher gestellt. Für die Vorgabe, dass die Anleitung durch hochschulisch ausgebildetes Pflegepersonal erfolgen soll, bleibt es bei der Übergangszeit bis 2029. Die dafür erforderliche Zahl dürfte bei steigenden Studierendenzahlen derzeit auch nicht vorhanden sein.

Durch das Gesetzesvorhaben soll das Pflegestudium attraktiver werden, um dem Fachkräftemangel zu begegnen. Es soll »mehr Personen mit Hochschulzugangsberechtigung

dazu bewegen, eine hochschulische Pflegeausbildung zu absolvieren.«²³ Die zusätzlich entstehenden Kosten für die Ausbildungsvergütung und die praktische Ausbildung werden nach dem üblichen Verteilungsschlüssel des PflBG aufgebracht. Nach den Berechnungen der Bundesregierung sollen den Ländern Mehrkosten in Höhe von 7,4 Mio. € entstehen. Der Anteil der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird auf 40,4 Mio. € prognostiziert, die Pflegebedürftigen sollen mit 25,1 Mio. € zusätzlich belastet werden, die überwiegend über die Eigenanteile zu finanzieren sind.²⁴

Mit Blick auf die Finanzierung wird das propagierte Anliegen, dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken, gleich wieder konterkariert. Dem Zugewinn an potentiellen Pflegefachkräften mit Hochschulausbildung wird ein erwarteter Verlust an Ausbildungsplätzen in der betrieblich-schulischen Ausbildung und der damit verbundenen Kosten gegen gerechnet. Allein für die GKV geht man dabei von einer Kostenersparnis von rund 18 Mio. € aus.²⁵ Die unbestreitbar sinnvollen Verbesserungen der Hochschulausbildung sollen also zumindest zum Teil auf Kosten der beruflichen Pflegeausbildung gehen.

Wenn man dabei die Diskussionen um einen veränderten Qualifikationsmix²⁶ in der Pflegearbeit und das Vorhaben der Bundesregierung, die bisher landesrechtlich geregelten Pflegeassistentenausbildungen als »Heilberuf« bundeseinheitlich neu zu gestalten in Betracht zieht, tritt das langfristige Ziel einer Dequalifizierung des Pflegeberufs und einer Verbilligung der pflegerischen Arbeitskraft deutlich hervor. Der vergleichsweise hohe Anteil an Pflegefachkräften insbesondere in Krankenhäusern von deutlich über 80%²⁷

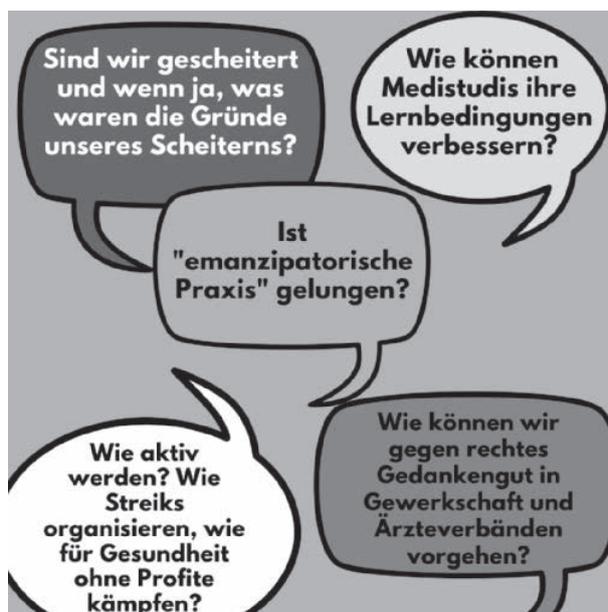
23 BT-Drs. 20/8105, S. 2

24 BT-Drs. 20/8105, S. 7ff.

25 Ebenda

26 Heinz Rothgang: Ein Maß für den Pflegebedarf, in: *Gesundheit & Gesellschaft* 3-2021, <https://www.gg-digital.de/2021/03/ein-mass-fuer-den-personalbedarf/index.html>

27 StBA Fachserie 12 Reihe 6.1.1., 2019



soll auf das in anderen Ländern vorkommende Maß von 60% oder weniger reduziert werden.²⁸ Der Anteil der schlechter bezahlten Hilfskräfte entsprechend erhöht werden. Der Deutsche Pflegerat ist mit seinem Vorschlag, die Fachkraftquote in der Intensivpflege (!) auf 50% abzusenken bereits vorgeprescht.²⁹

Andere Probleme der Hochschulausbildung bleiben ungelöst

Die Vielfalt der Studiengänge für eine pflegerische Hochschulausbildung kennzeichnen die Bemühungen der (Fach-)Hochschulen, im Wettbewerb um Studierende ein je eigenes Studiengangprofil zu entwickeln. Im Ergebnis ist ein einheitliches Berufsprofil für die an Hochschulen ausgebildeten Pflegefachkräfte kaum zu identifizieren.

Die *Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV)* formuliert zwar »erweiterte Ausbildungsziele«, wie die Befähigung zur »Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse«, »sich Forschungsgebiete der professionellen Pflege ... zu erschließen« oder über »vertieftes Wissen über Grundlagen der Pflegewissenschaft« zu verfügen (§ 37 Abs. 3 PflBG), ein abgrenzbares Tätigkeitsprofil für eine sinnvolle Arbeitsteilung zwischen beruflich und hochschulisch ausgebildeten Pflegekräften ist daraus aber nicht abzuleiten.

So werden bisherige Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge mit Berufsabschluss klientennah entweder wie beruflich ausgebildete Pflegefachkräfte eingesetzt oder zusätzlich mit eher klientenfernen Aufga-

ben, etwa in Projekten oder Stabsstellen bei Pflegedienstleitungen beschäftigt.³⁰

Ein wissenschaftlicher Beleg, dass ein höherer Anteil an hochschulisch ausgebildeten Pflegepersonen einen Beitrag zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung leistet, liegt weiterhin nicht vor.³¹ Die immer wieder gerne zu diesem Thema im Hinblick auf das europäische Ausland herangezogene Studie von Aiken et al. (2014) kann als Nachweis wissenschaftlich nicht überzeugen.³²

Es scheint daher sinnvoll, die pflegerische Hochschulausbildung mit dem ersten akademischen Abschluss (Bachelor) eher als Einstieg in eine wissenschaftliche Qualifikation auf Masterniveau mit entsprechenden Berufsprofilen weiterzuentwickeln, als hochschulisch und beruflich Ausgebildete in der klientennahen Pflege in Konkurrenz zu setzen mit der Gefahr, die Berufsausbildung abzuwerten und die Bachelorabsolventinnen und -absolventen mit zu hohen Erwartungen bspw. als »change agents«³³ zu überfordern.

Gerd Dielmann ist Krankenpfleger, Berufspädagoge und Gewerkschaftssekretär i.R. Er war zuvor in der ver.di-Bundesverwaltung u.a. zuständig für die Gesundheitsberufe.

28 OECD/EU: Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris 2016, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>

29 <https://www.bibliomed-pflege.de/news/dpr-legt-empfehlungen-fuer-weiterentwicklung-der-ppr-20-vor> (15.12.2023)

30 S. Dieterich u.a. (Hrsg.): Verbleibstudie der Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen (VAMOS) – Abschlussbericht, Bochum 2019

31 Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.), Silvia Hofmann u.a.: Ausbildung Plus in Zahlen. Duales Studium 2019. Trends und Analysen, Bonn 2020, S. 42

32 Vgl. hierzu: Gerd Dielmann: Hochschulausbildung senkt Sterberate? in: Infodienst Krankenhäuser, Heft Nr. 65, Juni 2014, S. 50f., Hannover

33 Schaeffer/Moers/Hurrelmann: Public Health und Pflegewissenschaft, in: Thomas Gerlinger u.a. (Hrsg.): Politik für Gesundheit, Bern 2010, S. 87

Nicht nur bessere Arbeitsbedingungen

Baskische Gewerkschaften kämpfen mit einem feministischen Generalstreik für die Vergesellschaftung des Care-Sektors

Raul Zelik

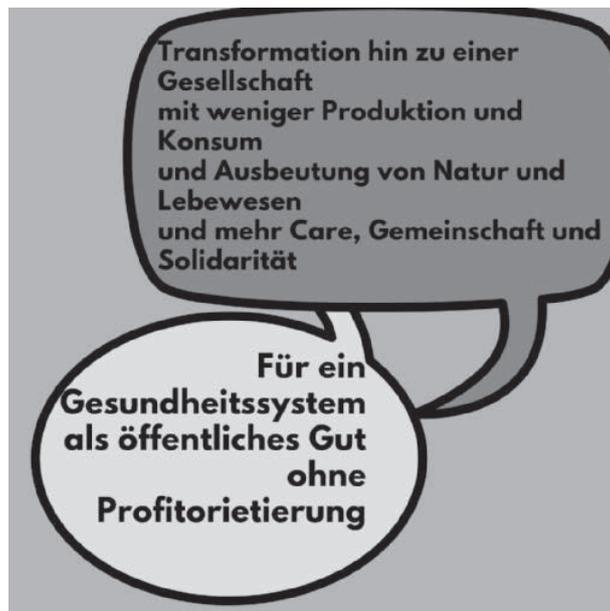
Das Ergebnis des »Feministischen Generalstreiks« im Baskenland vergangene Woche kann sich sehen lassen: Im Rundfunk wurden nur Notprogramme ausgestrahlt, Bahnen und Busse blieben in den Depots, und in zahlreichen Ortschaften war neben Schulen und Verwaltung auch der Einzelhandel geschlossen. Selbst in der metallverarbeitenden Industrie, der Domäne männlicher Beschäftigung, mussten ein Dutzend Fabriken ihre Produktion komplett herunterfahren. Zentrale Forderungen des Generalstreiks waren der Aufbau eines öffentlich-gemeinwohlorientierten Care-Sektors, die Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Pflegekräften, die Anhebung von Renten sowie die Einführung einer 30-Stunden-Woche, mit der eine Umverteilung der Sorge- und Pflegearbeit zwischen den Geschlechtern angestoßen werden soll.

Dabei war die Mobilisierung für den Generalstreik alles andere als einfach. Die spanischen Gewerkschaften UGT und Comisiones Obreras (die im Baskenland allerdings schwächer sind als die baskischen Dachverbände ELA und LAB) hatten gar nicht erst aufgerufen. Und viele Beschäftigte teilten zwar die Ziele des Streiks, aber wussten mit dem Begriff des feministischen Generalstreiks nichts anzufangen.

»Es war ein zutiefst politischer Streik«, resümiert Elena Beloki von der linken Parteienstiftung Iratzar. »Nicht nur die Arbeitsbedingungen im Pflegesektor, sondern die gesellschaftlichen Verhältnisse insgesamt wurden thematisiert. Das hat natürlich auch damit zu tun, dass Care-Arbeit ein Querschnittsthema ist. Wenn wir die Ausbeutung von Pflegekräften beenden wollen, kommen wir sofort auf die Migrationspolitik zu sprechen. Denn Frauen, die keine Aufenthaltspapiere haben, müssen für niedrigste Löhne arbeiten.«

Dass der Care-Bereich – also vor allem die Alten- und Krankenpflege sowie die Kinderbetreuung – im Baskenland in den Mittelpunkt der gesellschaftlichen Debatte gerückt ist, hat nicht zuletzt mit Corona zu tun. Während der Pandemie wurde deutlich, welche Arbeiten gesellschaftlich unverzichtbar sind: nämlich die schlecht bezahlten und überwiegend von Frauen geleisteten Pflege- und Sorgearbeiten. Dazu kommt außerdem, dass die baskische Gesellschaft an Überalterung leidet. Ein wachsender Teil der Bevölkerung benötigt Pflege, gleichzeitig sind die Bedingungen in den meisten Altenheimen katastrophal.

Ein Hauptanliegen des Generalstreiks war deshalb der Aufbau eines nicht profitorientierten, öffentlichen Pflegesystems. »Wir haben als feministische Bewegung dabei nicht einfach die Verstaatlichung des Care-Sektors gefordert, sondern sprechen von öffentlich-gemeinschaftlichen Infrastrukturen«, erklärt Beloki. »Der Staat muss die Mittel für die Grundversorgung bereitstellen. Die Einrichtungen selbst sollten jedoch genossen- oder gemeinschaftlich getragen werden. Und Care muss auch in Nachbarschaften und Freundeskreisen



organisiert werden.« In einigen links regierten baskischen Gemeinden wird damit schon seit einigen Jahren experimentiert: Kommunalverwaltungen nehmen keine Pflegekonzerne unter Vertrag, sondern unterstützen die Gründung von Genossenschaften durch Pflegekräfte oder fördern nachbarschaftliche Strukturen zum Beispiel durch alternative Formen des Wohnungsbaus.

Der Anstoß für den Generalstreik ging nicht von den Gewerkschaften, sondern von einem feministischen Bündnis namens »Denon Bizitzak Erdigunean« aus. Hinter dem unscheinbaren Motto »Das Leben von uns allen in den Mittelpunkt stellen« versteckt sich eine dezidierte Kapitalismuskritik. Ausgangspunkt des Bündnisses war die These, dass in einer profitorientierten Ökonomie die menschlichen Grundbedürfnisse auf der Strecke bleiben und Lebensgrundlagen systematisch zerstört werden.

Ganz ähnlich wie die feministischen Streiks, die seit einigen Jahren am 8. März stattfinden, sollte auch der baskische Generalstreik für eine Aufwertung der reproduktiven Arbeit sorgen und damit eine grundlegende gesellschaftliche Transformation anschieben. Anders als bei den Frauenstreiks der Vergangenheit wollte der feministische Generalstreik aber auch die männlich dominierten Industriebelegschaften mobilisieren. In der Vergangenheit hatte sich die feministische Bewegung im spanischen Staat mehrmals gegen diesen Ansatz entschieden, weil man befürchtete, dass die gemischtgeschlechtlichen Gewerkschaften die Mobilisierung für sich instrumentalisieren könnten.

Vor diesem Hintergrund wurde im Baskenland jetzt vereinbart, dass das feministische Organisationsbündnis federführend bleibt. Zugleich appellierten die Gewerkschaften aber an den Feminismus der Männer. Jede und jeder werde irgendwann im Leben gepflegt und besitze deshalb ein Interesse an einem radikalen Umbau des Care-Sektors, so die gewerkschaftliche Argumentation. Zudem wurde zu Solidarität aufgerufen: Gut bezahlte, meist

männliche Industriebelegschaften sollten auch deshalb streiken, weil schlecht bezahlte, meist weibliche Pflegekräfte ihre Arbeit oft gar nicht niederlegen können.

Egal ob Kneipen, Cafés, Festivals oder andere Versammlungsorte – wir wollen sichtbar werden und alle erreichen, denen unabhängiger Journalismus mit Haltung wichtig ist. Wir haben ein Aktionspaket mit Stickern, Flyern, Plakaten und Buttons zusammengestellt, mit dem du losziehen kannst um selbst für deine Zeitung aktiv zu werden und sie zu unterstützen.

In diesem Sinne habe der Generalstreik auch sehr konkrete Ziele verfolgt, betont Amaia Zubieta, eine der Sprecherinnen des Organisationsbündnisses. »Ein Generalstreik ist kein Selbstzweck.« Geplant sind jetzt Verhandlungen mit den Autonomieregierungen der baskischen Gemeinschaft und in der nordspanischen Region Navarra. »Die Arbeitsbedingungen für viele Frauen sind untragbar. Das muss gesetzlich reguliert werden, damit diese Art extremer Ausbeutung ein Ende hat«, so Zubieta.

Die in der baskischen Autonomiegemeinschaft regierende Christdemokratie hat auf den Druck der Straße bereits reagiert. Obwohl die Baskisch-Nationalistische Partei in den vergangenen Jahrzehnten die Privatisierung der öffentlichen Grundversorgung massiv vorangetrieben hat, erklärte der scheidende Ministerpräsident Iñigo Urkullu nach dem Streik, seine Regierung sei einem »staatlich gelenkten öffentlichen und gemeinschaftlichen Pflege- und Sorgesystem« verpflichtet. In Anbetracht der im Frühjahr anstehenden Wahlen will die politische Rechte zumindest rhetorisch keine Angriffsfläche bieten.

(Quelle: Neues Deutschland, 0612.2023; <https://www.nd-aktuell.de/artikel/1178317.baskenland-feministischer-streik-nicht-nur-bessere-arbeitsbedingungen.html> – wir bedanken uns für Nachdruckgenehmigung)

Auch ältere Ausgaben von »Gesundheit braucht Politik« sind zeitlos interessant.

Sie finden sich alle auf der Homepage: <https://gbp.vdaee.de/>



Aus dem Inhalt: Geschlechterverhältnisse im Gesundheitswesen (Gbp 3/2019)

- Christa Wichterich: Der prekäre Care-Kapitalismus – Sorgeextraktivismus oder die neue globale Ausbeutung
- Friedrich Paun und Marla Frenz: »Unfaire Löhne wegmoppen« Tarifaueinandersetzungen an der ausgegründeten. Universitätsmedizin Klinikservice GmbH Göttingen
- Christiane Bachelier, Therese Jakobs, Roxana Müller, Susanne Zickler: Frischfleisch für die Oberärzte. 30 Jahre Sexismuserfahrungen im Medizinsystem
- Ortsgruppe Berlin des vdä: Let's talk about sexism
- Alicia Baier: Diagnose: Sexismus. #MeToo in der Medizin und antisexistische Aktionen an der Charité
- Mascha Grieschat: »... oder wollen sie, dass Ihr Kind stirbt?« Gewalt im Kontext von Geburtshilfe
- Christiane von Rauch: Bündnisse für sexuelle Selbstbestimmung
- Susanne Zickler: AKF – Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft
- u.a.

Aus dem Inhalt: Gesundheit und Krankheit in Zeiten der Abschottung (Gbp 1/2020)

- Vera Bergmeyer: Medizinische Versorgung von Geflüchteten in Deutschland
- Ernst Girth: Zwischen Ethik und Staatsgewalt. Die Rolle der Ärzt*innen im Abschiebeprozess
- Das System macht krank. Interview mit Jane Wanjiru von Women in Exile
- Stephanie Kirchner: Ankerzentren machen krank. Warum Ärzte der Welt ihr Projekt zur psychischen Versorgung von Flüchtlingen abgebrochen hat
- Pressemitteilung: Menschen schützen – nicht Grenzen! vdä fordert Kehrtwende in der Asylpolitik
- Handreichung: Ärztliche Bescheinigungen für geflüchtete Patient*innen – worauf ist zu achten?
- vdä-Regionalgruppe Hamburg: Abschiebung kranker Menschen
- Carola Wlodarski und Olga Ungurs: Der Anonyme Krankenschein. Das Praxisbeispiel Thüringen
- u.a.



Aus dem Inhalt: Rassismus und Gesundheit (Gbp 3/2020)

- Lorena Wanger, Hannah Kilgenstein und Julius Poppel: Über Rassismus in der Medizin
- Regina Brunnett: Rassismus und Gesundheit
- Ria Prilutski: Kranke Normalität. Wirkungsweisen von Rassismus im (deutschen) Gesundheitssystem
- Karoline Wagner: Erkennen und Widersprechen. Antisemitismus in der Medizin
- Phil Dickel / Milli Schröder: Rassismus und Diskriminierung als Public Health Problem anerkennen!
- Jérémy Geeraert: Die Konstruktion von »minderwertigen Patientengruppen«
- Amma Yeboah: Rassismus und psychische Gesundheit in Deutschland
- Mund Aufmachen ist angesagt. Interview mit der neu gegründeten Hochschulgruppe BIPOC an der Uni Leipzig
- u.a.

Aus dem Inhalt: Soziale Ungleichheit und Gesundheit (Gbp 4/2020)

- Benjamin Wachtler: »Social injustice is killing people on a grand scale« – Ein kurzer Überblick über das Konzept der sozialen Determinanten der Gesundheit
- Martin Kronauer: »Auseinanderdriftende Gesellschaft« – Über Armut in Deutschland
- Tobias Hofmann: »Manager*innen ihrer eigenen Krankheit« – Über Patient*innen im Neoliberalismus
- Jakob Zschiesche: »Gesundheit auf der Platte«
- Claudia Jenkes: »Armut: Nährboden für resistente Erreger« – Soziale Determinanten in den Blick nehmen!
- »Wissenschaft mit Konsequenzen« – Interview mit Ben Wachtler zu den Thesen von Wilkinson und Pickett
- u.a.

